# X LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

# X Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias








# X Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias

**Fecha de publicación: 11 de octubre de 2023**

1º 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: 978-84-19560-92-6

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

# Índice


1 **PILOMATRIXOMA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**
MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO, FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, ANA ISABEL PÉREZ EGEA Y MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA 1

2 **EL CLÍNICO Y EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO, MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO, MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA Y ANA ISABEL PÉREZ EGEA 5

3 **EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ICTUS**
LAURA MÍNGUEZ CUBERO, MARTA GARCÍA CUÉLLIGA Y NIEVES HEREDIA ALONSO 9

4 **CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA REAGUDIZADA**
ANA ESTIBALIZ ARMIJO PRADALES 19

5 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA CON PACIENTES CRÓNICOS QUE SE ENCUENTRAN EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE 23

6 **FUNCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL CIMATERIO DE LA MUJER**
JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE 27

7 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**
JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA, TAMARA VILLANUEVA RODRIGO, ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC, INMACULADA LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR SOBRINO LORENTE 31

8 **ALTERACIONES DE LA CONSCIENCIA Y COMA**
VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ 35

9 **REVISIÓN BIBLIOGRAFÍCA: EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ANA ISABEL MOYA RINCÓN, LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ Y TAMARA NOVA VALERO 39

10 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EL AMBITO SANITARIO ANTE LA DISCRIMINACION, EL RACISMO Y XENOFOBIA**
ANA ISABEL MOYA RINCÓN, LISAIDA REINA TRUJILLO, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ Y TAMARA NOVA VALERO 43

11 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACION EN LA ADOLESCENCIA**
ANA ISABEL MOYA RINCÓN, LISAIDA REINA TRUJILLO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, CELIA SÁNCHEZ CASAS Y TAMARA NOVA VALERO 47

12 **VIOLENCIA LABORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
INMACULADA GÁMEZ MURILLO, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ 51

13 **PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
JUAN GARCÍA GALÁN, ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ, LAURA BALLESTEROS JEREZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ 57

14 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA PERIOPERATORIA**
MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ, MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ, MARTA ABAD ABELLÁN Y GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE **63**

15 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN EL PACIENTE**
MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, MARTA ABAD ABELLÁN Y MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ **67**

16 **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL**
MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO, MARTA ABAD ABELLÁN, MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE Y SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ **71**

17 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA REACCIÓN ALÉRGICA A UN CONTRASTE YODADO**
CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, INMACULADA GÁMEZ MURILLO Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ **75**

18 **EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE EMERGENCIAS**
PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ, VANESSA ZUHEROS CORTECERO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y INMACULADA GÁMEZ MURILLO **81**

19 **ABORDAJE DE ENFERMERÍA DEL SONDAJE VESICAL**
JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CELIA CARRETERO PÉREZ, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA Y MARTA MONTEALEGRE PINARDO **85**

20 **ENFERMERÍA EN SUS FUNCIONES PARA PONER LOS CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)**
JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CELIA CARRETERO PÉREZ, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA Y MARTA MONTEALEGRE PINARDO **89**

21 ENFERMERÍA ANTE FRACTURA VERTEBRAL EN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS
JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CELIA CARRETERO PÉREZ, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA Y MARTA MONTEALEGRE PINARDO 93

22 ESTUDIO DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EMBARAZADAS EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES
ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, ROCIO IBAÑEZ GARCIA, SARA MARTINEZ HUERTA, IRENE LÓPEZ LENCINA Y JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO 97

23 INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN LIDERADAS POR ENFERMEROS
ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, ROCIO IBAÑEZ GARCIA, SARA MARTINEZ HUERTA, IRENE LÓPEZ LENCINA Y JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO 105

24 TRANSFORMANDO EL PARADIGMA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS: UN ENFOQUE INNOVADOR EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA
ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ, ROCIO IBAÑEZ GARCIA, IRENE LÓPEZ LENCINA, JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO Y SARA MARTINEZ HUERTA 111

25 EL PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE PARTOS Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO
OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ, NATALIA CABAÑAS SESEÑA, AROA ALONSO SILLERO Y CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ 117

26 EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO
OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ, NATALIA CABAÑAS SESEÑA, AROA ALONSO SILLERO Y CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ 123

27 **EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO**
OLGA FERNÁNDEZ RONDA, ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ, NATALIA CABAÑAS SESEÑA, AROA ALONSO SILLERO Y CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ 127

28 **ENFERMERÍA Y LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HEREDO-FAMILIAR**
MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES 131

29 **ENFERMERÍA EN LA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL RESISTENTE RECURRENTE**
MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES 137

30 **ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES 143

31 **ENFERMERÍA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**
ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL, IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ Y RUTH AZORÍN SOLER 147

32 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO**
ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL, IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ Y RUTH AZORÍN SOLER 153

33 **LA ENFERMERÍA Y LA VENTILACIÓN MECÁNICA**
ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ, IRENE PÉREZ CARDENAL, IRENE GALLARDO GALLEGO, ROCIO ORTEGA RUIZ Y RUTH AZORÍN SOLER 157

**34 AUTOMEDICACIÓN EN EL ANCIANO Y PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU MANEJO**
NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, YOLANDA PADILLA GARCÍA Y PATRICIA CALVO GUZMÁN **161**

**35 CAMBIOS FISIOPATÓLOGICOS EN LA SENECTUD Y SU ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA**
NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, YOLANDA PADILLA GARCÍA Y PATRICIA CALVO GUZMÁN **167**

**36 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO**
NATALIA MORENO JIMÉNEZ, ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ, DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN, YOLANDA PADILLA GARCÍA Y PATRICIA CALVO GUZMÁN **173**

**37 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA HEPÁTICO**
CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ Y ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO **177**

**38 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON VIH**
CAROLINA CAMPOS PÉREZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ Y ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO **181**

**39 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON MARCAPASOS**
CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, AIXA CASILDAS GÓMEZ Y ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO **185**

**40 PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON NEUMONÍA EN LA UNIDAD DE URGENCIAS**
PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ, JUAN GARCÍA GALÁN, ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ Y LAURA BALLESTEROS JEREZ **189**

41 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS GRANDES QUEMADOS.
VANESSA ZUHEROS CORTECERO, INMACULADA GÁMEZ MURILLO, CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA Y PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ 201

42 ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON INTOXICACIONES CON ALIMENTOS
CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA, CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ Y MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN 207

43 ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE
CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA, CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ Y MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN 211

44 ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA Y SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD CELÍACA
CELIA ROLANDO CALLE, LAURA REDONDO CULEBRAS, MARTA CAÑAVERAS VALENCIA, CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ Y MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN 217

45 MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO
MARIA GARCIA GONZALEZ, CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ Y MONICA VIDAL ARENAS 221

46 COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE PSICOTRÓPICOS
SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ, CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA Y MARTA ESCRIBANO RUEDA 227

47 COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA
SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ, CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA Y MARTA ESCRIBANO RUEDA 233

**48 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN NIÑOS**
CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARÍA GÓMEZ PULIDO, NOELIA RAMOS CAMINO, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO **237**

**49 ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE CON QUEMADURAS: A PROPÓSITO DE UN CASO**
ELENA MOYA CRESPO, AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, MARINA RODRIGUEZ LUNA Y ANA DÍAZ CABALLERO **241**

**50 CONCEPTOS EN RELACIÓN CON EL ASMA PEDIÁTRICO POR ENFERMERÍA**
CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARÍA GÓMEZ PULIDO, NOELIA RAMOS CAMINO, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO **247**

**51 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA BRONQUIECTASIA A REVISIÓN**
CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, MARÍA GÓMEZ PULIDO, NOELIA RAMOS CAMINO, MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS Y MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO **251**

**52 COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA INTERVENCIÓN DE COLOCACIÓN DE MARCAPASOS**
SILVIA RASINES AGUILAR, MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ, CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA Y MARTA ESCRIBANO RUEDA **255**

**53 PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON LITIASIS RENAL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS**
LAURA BALLESTEROS JEREZ, ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ, JUAN GARCÍA GALÁN, ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ Y PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ **259**

**54 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH**
LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, PABLO GRANADOS NÚÑEZ, SARA RUIZ LÓPEZ, ALICIA GARCIA PECO Y ANDREA MORCILLO CARDENAS 267

**55 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS Y ACTIVIDADES DE NIÑOS CON AUTISMO**
LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, ALICIA GARCIA PECO, ANDREA MORCILLO CARDENAS, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ 271

**56 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANOREXIA NERVIOSA**
LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE, ALICIA GARCIA PECO, ANDREA MORCILLO CARDENAS, PABLO GRANADOS NÚÑEZ Y SARA RUIZ LÓPEZ 275

**57 ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL ATRAGANTAMIENTO INFANTIL**
SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS, ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ Y JULIA MARTÍN LUNA 279

**58 ABORDAJE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ICTUS**
ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ, JULIA MARTÍN LUNA Y SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS 283

**59 MANEJO DEL TORNIQUETE EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA.**
LAURA TRUJILLO SERRANO, Mª ELISABETH SERRANO MORA, MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS, MARÍA APOLONIA BETETA BETETA Y MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ 287

**60 LA CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE, RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y JUAN JOSE CHACON BELMAR 291

**61 EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES Y EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO A ESTUDIO POR ENFERMERÍA.**
EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE, RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y JUAN JOSE CHACON BELMAR **299**

**62 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE UN DRENAJE.**
EVA LOPEZ AGUDO, ROBERTO PARDO PARDO, JOSE ANTONIO CACERES LORENTE, RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y JUAN JOSE CHACON BELMAR **305**

**63 ENFERMERÍA EN EL CUIDADOS DE PACIENTES PARA QUE NO SE LE FORME TROMBOFLEBITIS.**
MARÍA SIMÓN CABRERA, ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE, NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ Y CARLOTA SERRANO LÓPEZ **309**

**64 PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR GOLPE DE CALOR Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MARÍA SIMÓN CABRERA, ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE, NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ Y CARLOTA SERRANO LÓPEZ **313**

**65 PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
MARÍA SIMÓN CABRERA, ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE, NIEVES TENA DEL POZO, EVA GARCÍA RODRÍGUEZ Y CARLOTA SERRANO LÓPEZ **317**

**66 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO**
Mª ELISABETH SERRANO MORA, MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS Y MARÍA APOLONIA BETETA BETETA **321**

**67 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES DESPUÉS DE UN ICTUS.**
PATRICIA NAVARRO FUENTES, AINHOA GARCIA SERRANO, MIGUEL DAMAS UREÑA, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE **327**

**68 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE EL PACIENTE CON INTENTO AUTOLÍTICO**
ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y MERCEDES MEGIA CAMACHO **331**

**69 ABORDAJE DE LA CRISIS EPILÉPTICA INTRAHOSPITALARIA. CASO CLÍNICO**
AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ, JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS, ELENA MOYA CRESPO, MARINA RODRIGUEZ LUNA Y ANA DÍAZ CABALLERO **347**

**70 LA ENFERMERA ANTE EL USO DEL LÁTEX**
PATRICIA NAVARRO FUENTES, AINHOA GARCIA SERRANO, MIGUEL DAMAS UREÑA, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE **353**

**71 PACIENTES EN EL PUERPERIO Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA **357**

**72 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS ESOFÁGICOS**
PATRICIA NAVARRO FUENTES, AINHOA GARCIA SERRANO, MIGUEL DAMAS UREÑA, LAURA FLORES CUENCA Y IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE **361**

**73 EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN MUNDIAL**
MARÍA FERNÁNDEZ MUÑIZ **365**

74 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA, ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ Y PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA 369

75 CUIDADOS A PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, CLARA COMPANY GARCÍA, NURIA GOMEZ JARILLO, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES Y MARÍA GARCÍA ROMÁN 373

76 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. HIPOTERMIA ACCIDENTAL SEVERA
CLARA MARTINEZ GOMEZ 377

77 GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA Y LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, CLARA COMPANY GARCÍA, NURIA GOMEZ JARILLO, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES Y MARÍA GARCÍA ROMÁN 383

78 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CONSULTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ, CLARA COMPANY GARCÍA, NURIA GOMEZ JARILLO, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES Y MARÍA GARCÍA ROMÁN 387

79 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN ENFERMERÍA: AVANCES, APLICACIONES CLÍNICAS Y BENEFICIOS TERAPÉUTICOS
SILVIA PÉREZ ARTEAGA, MARIA VILLAJOS MAYORALAS, ISABEL RUBIO DOMINGUEZ, SERGIO SANCHO ARROYO Y ALBA PARRA MORENO 391

80 MANEJO ACTUALIZADO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS
MARIA GARCIA GONZALEZ, MONICA VIDAL ARENAS Y CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ 403

**81 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ESTATUS EPILÉPTICO**
MARÍA APOLONIA BETETA BETETA, Mª ELISABETH SERRANO MORA, LAURA TRUJILLO SERRANO, MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ Y MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS **407**

**82 PACIENTE QUEMADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**
JULIA LERIDA CAMUÑAS, ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ, ÁLVARO DURÁN RELAÑO Y JAVIER MARTÍN MACÍAS **413**

**83 ENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**
CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO, SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE, YOLANDA TRAPERO MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA **419**

**84 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA**
CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO, SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE, YOLANDA TRAPERO MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA **423**

**85 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**
CAROLINA SOLANA ROMERO, LUCIA RUBIO CORONADO, SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE, YOLANDA TRAPERO MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA **427**

**86 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS UNA EXTRAVASACIÓN DE VINCRISTINA**
SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ, ALICIA SERRANO DUQUE, CRISTINA GIJÓN RUIZ Y MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ **431**

**87 PLAN DE CUIDADOS EN ENFERMERIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**
SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ, ALICIA SERRANO DUQUE, CRISTINA GIJÓN RUIZ Y MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ **435**

88 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON EPOC
SILVIA LEÓN MAS, ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ, ALICIA SERRANO DUQUE, CRISTINA GIJÓN RUIZ Y MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ 441

89 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ANESTESIA LOCAL
ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, LORENA CANO LOPEZ Y DAVID MARTINEZ GÓMEZ 447

90 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE CURAS DE ENFERMERÍA
ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, LORENA CANO LOPEZ Y DAVID MARTINEZ GÓMEZ 451

91 TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA HOSPITALARIA
ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ, CARMEN SILLER ZAMORA, ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ, LORENA CANO LOPEZ Y DAVID MARTINEZ GÓMEZ 455

92 MANEJO EXTRAHOSPITALARIO: POLITRAUMATIZADO TRAS ACCIDENTE DE MOTO
ANA AZNAREZ IBAÑEZ, ZUBEROA AZNÁREZ IBÁÑEZ, BIDANE LIZARRAGA MOZO, MIGUEL DÍEZ REVIRIEGO Y GARAZI ECHEVERRIA NAGORE 459

93 SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET) EN URGENCIAS
MARTA GARCÍA CUÉLLIGA, NIEVES HEREDIA ALONSO Y LAURA MÍNGUEZ CUBERO 469

94 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LAS MADRES QUE ACABAN DE DAR A LUZ EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, BLANCA HERRERO ALCAIDE, LAURA VARGAS BEAMUD Y CELIA ARROYO MOLINA 475

95 ENFERMERIA EN LA PARTE DE URGENCIAS Y LA ORGANIZACION Y CLASIFICACION DE PACIENTES
ALBA LÓPEZ MARTIN, CELIA ARROYO MOLINA, NATALIA AMATE ESCABIAS, LAURA VARGAS BEAMUD Y BLANCA HERRERO ALCAIDE 479

96 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN
ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, LAURA VARGAS BEAMUD, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y CELIA ARROYO MOLINA 485

97 LA ACTUACION DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS. CANDIDIASIS
TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO, PAULA PAGE PEREZ, IRENE PEÑALVER COLMENERO Y YOANA ZARCO SORIANO 489

98 LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DURANTE LA ANALGESIA Y SEDACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO, PAULA PAGE PEREZ, IRENE PEÑALVER COLMENERO Y YOANA ZARCO SORIANO 493

99 LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DURANTE LAS URGENCIAS TIROIDEAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
TAMARA MOLINA ESPEJO, PATRICIA HINAREJOS NAVARRO, PAULA PAGE PEREZ, IRENE PEÑALVER COLMENERO Y YOANA ZARCO SORIANO 497

100 TÉCNICAS ENFERMERAS: VENDAJES E INMOVILIZACIONES
JULIA LERIDA CAMUÑAS, ÁLVARO DURÁN RELAÑO, ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ Y JAVIER MARTÍN MACÍAS 501

**101 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA CUANDO PRESENCIA UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN ADULTOS**
ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y MERCEDES MEGIA CAMACHO **507**

**102 COLAPSO SÚBITO POSTNATAL**
CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ, MONICA VIDAL ARENAS Y MARIA GARCIA GONZALEZ **513**

**103 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL MANEJO DE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA**
PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES, ELISABETH LEÑADOR PÉREZ Y MARIO SANCHEZ NAVIO **519**

**104 CÓDIGO ICTUS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
NOELIA VALVERDE BAEZA, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS, EMMA MARTÍN MAÑAS Y ADELA CUENCA ARANDA **533**

**105 OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN URGENCIAS**
ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ, JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y ÁLVARO DURÁN RELAÑO **537**

**106 IMPORTANCIA DE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE INTUBADO**
MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN, CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO, MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA, JUAN SATURIO SANTOS Y RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA **541**

**107 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y VÍA AÉREA ARTIFICIAL**
NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER DEL MAZO GARCÍA, LAURA MUÑOZ SORIA, ANA ISABEL GARCIA SANCHO Y JENNIFER LOPEZ SANCHEZ **547**

**108 CUIDADOS DEL ESTOMA TRAQUEAL POR LA ENFERMERÍA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS**
NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER DEL MAZO GARCÍA, LAURA MUÑOZ SORIA, ANA ISABEL GARCIA SANCHO Y JENNIFER LOPEZ SANCHEZ **553**

**109 CUIDADOS Y PREVENCIÓN EN ENFERMERÍA DE LA MUCOSITIS QUIMIOINDUCIDA**
NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA, ESTER DEL MAZO GARCÍA, LAURA MUÑOZ SORIA, ANA ISABEL GARCIA SANCHO Y JENNIFER LOPEZ SANCHEZ **559**

**110 CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASISTENCIA VENTRICULAR EXTERNA**
ÁNGELA TENDERO MORALEDA, ANA PÉREZ PLAZA, GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, GEMA MAGÁN CANO Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ **565**

**111 ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES EN SALUD MENTAL POR DEPRESIÓN POSTPARTO**
MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ, GLORIA LOPEZ GÓMEZ, JULIA NAVALON TARRAGA Y ALBORADA TORRES MONTERO **571**

**112 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**
MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ, GLORIA LOPEZ GÓMEZ, JULIA NAVALON TARRAGA Y ALBORADA TORRES MONTERO **575**

**113 RELACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL FACULTATIVO MÉDICO**
MARÍA DÍAZ REAL, CRISTIAN NIÑO GOMEZ, GLORIA LOPEZ GÓMEZ, JULIA NAVALON TARRAGA Y ALBORADA TORRES MONTERO **579**

**114 HIPOTERMIA Y PREMATURIDAD: RETOS E INCONVENIENTES**
ÁNGELA TENDERO MORALEDA, ANA PÉREZ PLAZA, GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, GEMA MAGÁN CANO Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ **583**

**115 INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA.**
NOELIA VALVERDE BAEZA, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, EMMA MARTÍN MAÑAS, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS Y ADELA CUENCA ARANDA **587**

**116 EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO DE SUICIDIO**
NOELIA VALVERDE BAEZA, NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE, MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS, EMMA MARTÍN MAÑAS Y ADELA CUENCA ARANDA **591**

**117 CASO CLÍNICO : ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EXTRAHOSPITALARIA ANTE UNA HIPOGLUCEMIA**
JACOBO VÁZQUEZ MÁRQUEZ Y SEBASTIÁN ESTEBO FERNÁNDEZ DE LAS HERAS **597**

**118 CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA**
CARLOS VERA HERVÁS, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA Y MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO **601**

**119 MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
ISABEL RUBIO DOMINGUEZ, MARIA VILLAJOS MAYORALAS, SERGIO SANCHO ARROYO, ALBA PARRA MORENO Y SILVIA PÉREZ ARTEAGA **607**

**120 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SARAMPIÓN**
ISABEL RUBIO DOMINGUEZ, SILVIA PÉREZ ARTEAGA, SERGIO SANCHO ARROYO, MARIA VILLAJOS MAYORALAS Y ALBA PARRA MORENO **613**

**121 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
ÁNGELA TENDERO MORALEDA, ANA PÉREZ PLAZA, GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO, GEMA MAGÁN CANO Y SERGIO BARBERO SÁNCHEZ **619**

**122 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE AHOGAMIENTO Y LESIONES DE BUCEO**
JULIA MARTÍN LUNA, SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS Y ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ **623**

**123 ACTUACIÓN Y ABORDAJE ANTE UNA EPISTAXIS**
ELISABETH LEÑADOR PÉREZ, ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES Y MARIO SANCHEZ NAVIO **627**

**124 ACTUACION ANTE EL PACIENTE GRAN QUEMADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
CARLOS VERA HERVÁS, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA Y MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO **633**

**125 ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS MUSCULO-ESQUELÉTICAS: ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS FRACTURAS**
MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, CÉSAR FRANCISCO VERDEJO Y MARÍA MUÑOZ CARRETERO **641**

**126 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**
ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ, ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA, ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO Y MERCEDES MEGIA CAMACHO **647**

**127 IMPACTO DE LAS LESIONES FÍSICAS SOBRE LA POBLACIÓN QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRÁFICO**
MARÍA MUÑOZ CARRETERO, MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ Y CÉSAR FRANCISCO VERDEJO **651**

**128 TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS**
ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES, ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD, PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA, ELISABETH LEÑADOR PÉREZ Y MARIO SANCHEZ NAVIO **657**

**129 CASO CLINICO DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS ILEOCOLICA**
CARLOS VERA HERVÁS, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA **663**

**130 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL CÁNCER DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
LUCIA PANIAGUA MONTORO, HELENA GARCIA MARTINEZ, ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ **673**

**131 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUEMADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
HELENA GARCIA MARTINEZ, LUCIA PANIAGUA MONTORO, ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ **677**

**132 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA**
ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ, LUCIA PANIAGUA MONTORO, HELENA GARCIA MARTINEZ, INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ Y CARMEN LOZANO MARTÍNEZ **681**

**133 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA NIETO DE LA TORRE **685**

**134 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**
NIEVES HEREDIA ALONSO, LAURA MÍNGUEZ CUBERO Y MARTA GARCÍA CUÉLLIGA **689**

135 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON VIA AÉREA DIFÍCIL EN QUIRÓFANO
CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO, JULIA GARRIDO PÉREZ, BEATRIZ BEAMUD MOLINA, LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN Y MARÍA MORA CORRAL 693

136 EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA CATÁSTROFE
MARTA CANEL FERNÁNDEZ Y ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ 697

137 EL PERSONAL SANITARIO Y SU EXPOSICIÓN A RIESGOS BIOLÓGICOS
MARTA CANEL FERNÁNDEZ Y ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ 701

138 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM
TRINIDAD CARRASCO PERONA 705

139 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO
SABELA OTERO RIAL, ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ Y BÁRBARA MOLINA DÍAZ 711

140 BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO: UNA REALIDAD CRECIENTE
MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, MARÍA ARANTZAZU DÍAZ ÁLVAREZ, MARÍA INMACULADA GONZÁLEZ MORENO, JOSÉ RUBÉN HUERGO FERNÁNDEZ Y NOELIA GONZÁLEZ PELÁEZ 717

141 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES PALIATIVOS
ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, SHEILA ARENAS MARTINEZ, MARIA DE LA CRUZ DELGADO, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN 723

142 ¿QUÉ ES LA HEPATITIS? EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS ALCOHÓLICA
ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, SHEILA ARENAS MARTINEZ, MARIA DE LA CRUZ DELGADO, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN 727

143 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA SITUACIÓN URGENTE DE TRAQUEOSTOMIA**
ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA, SHEILA ARENAS MARTINEZ, MARIA DE LA CRUZ DELGADO, MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA Y SONIA LINARES RINCÓN 733

144 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA**
VANESA MARTIN CASASOLAS, MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO Y MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ 737

145 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**
MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ, VANESA MARTIN CASASOLAS Y MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO 741

146 **LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO**
MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO LUCAS, LAURA IGLESIAS LOPEZ Y CELIA ROSA LORENZO PÉREZ 745

147 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ELECTROMIOGRAMA**
MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO LUCAS, LAURA IGLESIAS LOPEZ Y CELIA ROSA LORENZO PÉREZ 749

148 **PACIENTE CON CUERPOS EXTRAÑOS Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS, MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO, RAQUEL ESCRIBANO LUCAS, LAURA IGLESIAS LOPEZ Y CELIA ROSA LORENZO PÉREZ 753

149 **LOS CUIDADOS DIARIOS A PACIENTES CON ALZHEIMER**
BÁRBARA MOLINA DÍAZ, ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ Y SABELA OTERO RIAL 757

**150 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA**
MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO, MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ Y VANESA MARTIN CASASOLAS 763

**151 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LA SITUACIÓN DE URGENCIA PEDIÁTRICA: OBSTRUCCIÓN DE LA VIA AÉREA**
CRISTINA MORENO MARTINEZ 767

**152 DESHIDRATACIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA, INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO, MIRIAM ALONSO CANO, ESPERANZA CESPEDES ESCALONA Y SONIA BRASERO CANO 771

**153 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA ETAPA PUERPERAL.**
ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ, AQUILINA CERDAN JIMENEZ, CORAL RAMÍREZ MORA Y JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN 775

**154 INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESTENOSIS LUMBAR Y LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA.**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ, RAQUEL BRAZAL ARAGON, MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID Y EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN 779

**155 CIBER-TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): INTEGRACIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y CUIDADO HUMANO POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
VALLE CARRASCOSO MARÍN, MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN, DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ Y ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ 783

156 DEL SILENCIO AL DIÁLOGO: ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PACIENTES
VALLE CARRASCOSO MARÍN, MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN, ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ Y DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ 789

157 VISIÓN INTERNA: EL ROL ESENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS
VALLE CARRASCOSO MARÍN, MARÍA GIL CALDERÓN, MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN, DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ Y ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ 795

158 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS HERIDAS POR FRÍO
DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO, LARA PALOMARES REBOLLERO Y NOEMI SABIDO GARCÍA 801

159 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE SALUD
VANESA ROJO CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES, ZURLEYMA PÉREZ CARDONA Y ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO 805

160 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PRINCIPIOS DE ASEPSIA EN TENDIDO DE CAMA OCUPADA
VANESA ROJO CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES, ZURLEYMA PÉREZ CARDONA Y ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO 809

161 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SU REPERCUSIÓN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
VANESA ROJO CASTELLANOS, ANA BELÉN GARCIA HURTADO, NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES, ZURLEYMA PÉREZ CARDONA Y ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO 813

**162 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA**
DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO, DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA Y GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO **817**

**163 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO, DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA Y GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO **821**

**164 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**
DOLORES SÁNCHEZ ROMERO, JESUS TORRESANO ORGANERO, BELÉN LÓPEZ GARRIDO, DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA Y GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO **825**

**165 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE INGRESADO POR EL APARATO DIGESTIVO**
ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES, BELÉN COSTA MARTÍNEZ, JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS Y KAREN FABIOLA TORRES **829**

**166 LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN**
ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, BELÉN COSTA MARTÍNEZ, MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES, KAREN FABIOLA TORRES Y JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS **833**

**167 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DE UN PACIENTE INCONSCIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES, BELÉN COSTA MARTÍNEZ, KAREN FABIOLA TORRES Y JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS **837**

168 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A UN PACIENTE CON SEPSIS
MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, ALBA GARCÍA RODENAS, ROSARIO PÉREZ ESPADA, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ 841

169 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO Y LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES
MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, ALBA GARCÍA RODENAS, ROSARIO PÉREZ ESPADA, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ 845

170 HABILIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LOS RETOS DEL SISTEMA SANITARIO
MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI, ALBA GARCÍA RODENAS, ROSARIO PÉREZ ESPADA, MARTA ESCRIBANO BLEDA Y SARA IBAÑEZ PÉREZ 849

171 PAPEL DEL TÉCNICO AUXILAR EN CUIDADOS DE ENFEMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL ANCIANO CON DEMENCIA
OSCAR ORTEGA PINEDO, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ Y TERESA CARBONERAS NAVALON 853

172 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL ANCIANO CON DEMENCIA.
TERESA CARBONERAS NAVALON, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, OSCAR ORTEGA PINEDO Y ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ 857

173 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.
ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, TERESA CARBONERAS NAVALON Y OSCAR ORTEGA PINEDO 861

174 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CAMBIOS POSTURALES**
MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES, MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, TERESA CARBONERAS NAVALON, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ Y OSCAR ORTEGA PINEDO **865**

175 **PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS DE COLOSTOMÍA**
MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, TERESA CARBONERAS NAVALON, ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ, MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES Y OSCAR ORTEGA PINEDO **869**

176 **EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA, JUANA REYES ESPINOSA Y MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO **873**

177 **TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO**
MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO, TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO, ALEJANDRO PEREZ GARCIA, JUANA REYES ESPINOSA Y MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO **877**

178 **LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES QUE DEBEN USAR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO, ANA DOÑATE ARNEDO, ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA, MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO Y ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO **881**

179 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PSICOLOGÍA DEL PACIENTE**
FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO, ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO, MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO, ANA DOÑATE ARNEDO Y ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA **885**

**180 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS**
FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO, ANA DOÑATE ARNEDO, ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO, MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO Y ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA **889**

**181 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE**
CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ, YOLANDA RUIZ MORA, JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS, MARÍA JOSÉ LANCHA HERRERA Y MARI CARMEN LÓPEZ FERNÁNDEZ **893**

**182 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PACIENTES CON PROBLEMAS RENALES**
VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA, TANIA DURAN CARRASCO, MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ **897**

**183 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA IMPLANTACION DE UN MARCAPASOS EXTERNO TRANSITORIO.**
ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA, MERCEDES MADRID MONREAL Y LUCIA RAMOS ADEVA **901**

**184 TÉCNICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA APOYAR LA EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**
BÁRBARA MOLINA DÍAZ, ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ Y SABELA OTERO RIAL **907**

185 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS COMETIDOS FRENTE A LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
CRISTINA CROITORU GROZA, RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA GRIÑAN DE MORA, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN Y PEDRO JIMENEZ MARQUEZ 911

186 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES CON EL PACIENTE QUEMADO
CRISTINA GRIÑAN DE MORA, RAQUEL GARCIA PICAZO, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN, CRISTINA CROITORU GROZA Y PEDRO JIMENEZ MARQUEZ 915

187 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON PACIENTE QUE PRESENTA HIPOTERMIA
VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA, TANIA DURAN CARRASCO, MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ 919

188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER SHALDON Y SU CONEXIÓN A UN HEMOFILTRO
ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA, MERCEDES MADRID MONREAL Y LUCIA RAMOS ADEVA 923

189 PACIENTES CON DEPRESIÓN POSTPARTO: CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA 929

190 ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON CÁNCERES ORALES
MARIA GOMEZ GOMEZ, CLARA ROMERO GARCÍA, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA 933

**191 EL PACIENTE CON ALZHEIMER Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA, ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ Y PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA **937**

**192 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA**
OLGA GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN, VANESA RUIZ RONCERO Y CLAUDIA MEDINA CARO **941**

**193 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS**
OLGA GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN, VANESA RUIZ RONCERO, CLAUDIA MEDINA CARO Y ROSA SERRANO MORENO **945**

**194 TÉCNICAS PARA RESISTIR LA HOSTILIDAD DE PACIENTES O SUS FAMILIARES PARA LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVITAR EL ESTRÉS**
VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA, TANIA DURAN CARRASCO, MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ, MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA Y MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ **949**

**195 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). FUNCIONES DEL TCAE EN QUIRÓFANO**
PEDRO JIMENEZ MARQUEZ, RAQUEL GARCIA PICAZO, CRISTINA GRIÑAN DE MORA, SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN Y CRISTINA CROITORU GROZA **953**

**196 REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON DERMATITIS**
NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA GEMA TOVAR GARCIA, MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN, YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL Y MIRIAM POZO SÁNCHEZ **957**

197 **REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA ARTROSIS**
NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA GEMA TOVAR GARCIA, MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN, YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL Y MIRIAM POZO SÁNCHEZ **963**

198 **REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DEL HOMBRO DOLOROSO**
NATALIA FONTELOS GOMEZ, MARIA GEMA TOVAR GARCIA, MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN, YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL Y MIRIAM POZO SÁNCHEZ **969**

199 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL CUIDADO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO Y AMADA HERNANDEZ LORENZO **975**

200 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO HOSPITALARIO**
ALAIN CASTILLO GÓMEZ, GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO Y AMADA HERNANDEZ LORENZO **979**

201 **ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL**
GLORIA SÁEZ PARDO, ADYS ARVELO DEL RÍO, ALEJANDRA NAVA CARRASCO, AMADA HERNANDEZ LORENZO Y ALAIN CASTILLO GÓMEZ **983**

202 **EL PAPEL DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE UCI EN LA COLOCACIÓN DE UN BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN**
ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ, MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE, MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA, MERCEDES MADRID MONREAL Y LUCIA RAMOS ADEVA **987**

203 LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: LAS COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL
TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ 993

204 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
JANETE CARINA FERNÁNDEZ PÉREZ 997

205 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ, MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO Y ROSA MARIA MORENO MARQUEZ 1001

206 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ, MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO Y ROSA MARIA MORENO MARQUEZ 1005

207 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ, MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO Y ROSA MARIA MORENO MARQUEZ 1009

208 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE UN PACIENTE
RAQUEL RUBIO PRESTEL, BEGOÑA LAZARO SANCHEZ, ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO, GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO Y LIDIA GARCIA GARCIA 1013

209 **LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL QUIRÓFANO EN OPERACIONES POR ARTROSCOPIA**
MIRIAM ALONSO CANO, SONIA BRASERO CANO, INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO, MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA Y ESPERANZA CESPEDES ESCALONA **1017**

210 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS MASAJES A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS**
JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN, ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ, AQUILINA CERDAN JIMENEZ Y CORAL RAMÍREZ MORA **1021**

211 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PACIENTES CON RESPIRACIÓN ASISTIDA**
ALEJANDRO PEREZ GARCIA, JUANA REYES ESPINOSA, MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO, MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO Y TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO **1025**

212 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO DE PARKINSON**
LARA RAMOS SANCHEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ, CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA, MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ Y MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA **1029**

213 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO CON TUBERCULOSIS**
LARA RAMOS SANCHEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ, CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA, MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ Y MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA **1033**

214 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO DE SIDA**
LARA RAMOS SANCHEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ, CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA, MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ Y MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA **1037**

215 **LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS ENFERMOS CONECTADOS A UN RESPIRADOR**
CORAL RAMÍREZ MORA, ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ, AQUILINA CERDAN JIMENEZ, JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN Y ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ **1041**

216 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SU ACTUACIÓN EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO**
MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, HELENA MARÍN LOZANO Y MIGUEL QUINTANILLA PICAZO **1045**

217 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO ANTE LOS PACIENTES QUEMADOS**
MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, HELENA MARÍN LOZANO Y MIGUEL QUINTANILLA PICAZO **1049**

218 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA, BLANCA VALVERDE LEIVA, VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, HELENA MARÍN LOZANO Y MIGUEL QUINTANILLA PICAZO **1053**

219 **LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE PARTOS**
MARÍA JESÚS GARCÍA IGLESIAS Y VANESA ALVAREZ SOMIEDO **1057**

220 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**
MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ, MARINA SANCHEZ ACEITUNO, MARIA TAMARA SANCHEZ POLO Y VANESA SALMON HERAS **1061**

221 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**
MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ, MARINA SANCHEZ ACEITUNO, MARIA TAMARA SANCHEZ POLO Y VANESA SALMON HERAS **1065**

222 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS**
MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN, SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ, MARINA SANCHEZ ACEITUNO, MARIA TAMARA SANCHEZ POLO Y VANESA SALMON HERAS **1069**

223 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA ONCOLÓGICA**
INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO, MIRIAM ALONSO CANO, SONIA BRASERO CANO, MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA Y ESPERANZA CESPEDES ESCALONA **1073**

224 **EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ELENA SANCHEZ SANCHEZ, ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS, ELIA MARIA DE HARO GARCIA Y BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR **1077**

225 **EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE TIENE SONDA NASOGÁSTRICA**
ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ELENA SANCHEZ SANCHEZ, ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS, ELIA MARIA DE HARO GARCIA Y BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR **1081**

226 **EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS, ELENA SANCHEZ SANCHEZ, ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO, ELIA MARIA DE HARO GARCIA Y BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR **1085**

227 **LAS FUNCIONES DESEMPAÑADAS POR LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA**
LUPE JARA, MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ Y KARINA CRUCES NUÑEZ **1089**

228 **LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE HOSPITALARIO**
LUPE JARA, MARÍA MIGUEL RUBIO, AMPARO GARCÍA TORRICO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ Y KARINA CRUCES NUÑEZ **1093**

229 **FUNCIONES Y TAREAS DEL SUPERVISOR/A COORDINADOR/A DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALEJANDRO PEREZ GARCIA, JUANA REYES ESPINOSA, MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO, MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO Y TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO **1097**

230 **LAS FUNCIONES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE BOXES URGENCIAS**
LUPE JARA, MARÍA MIGUEL RUBIO, CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ, KARINA CRUCES NUÑEZ Y AMPARO GARCÍA TORRICO **1101**

231 **LAS UNIDADES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (UUH) Y LAS ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ( TCAE)**
ROSANDRA ALVAREZ GARCIA Y MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA **1105**

232 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUX DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE PACIENTES GERIÁTRICOS
MIREIA SÁNCHEZ JO, LARA MOLINA MARTIN, ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ Y MARÍA SOFIA PARDO GARCIA 1109

233 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE LA TRAQUEOTOMÍA
MIREIA SÁNCHEZ JO, MARÍA SOFIA PARDO GARCIA, ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ Y LARA MOLINA MARTIN 1115

234 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA
MIREIA SÁNCHEZ JO, MARÍA SOFIA PARDO GARCIA, ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ Y LARA MOLINA MARTIN 1119

235 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO, GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO, RAQUEL RUBIO PRESTEL, LIDIA GARCIA GARCIA Y BEGOÑA LAZARO SANCHEZ 1123

236 TRASTORNO OBSESIVO COMPUSIVO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS SEGÚN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
BEGOÑA LAZARO SANCHEZ, GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO, LIDIA GARCIA GARCIA, ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO Y RAQUEL RUBIO PRESTEL 1127

237 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS POST- MORTEM
NATALIA ALCAIDE MARTIN 1131

238 EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ
ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ, ROCIO ORTIZ VILCHEZ, SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y LAURA VERGARA SAEZ 1135

239 **ULTIMOS AVANCES DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN DE PATOLOGIA CIATICA: UNA REVISION SISTEMATICA**
ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ, ROCIO ORTIZ VILCHEZ, SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y LAURA VERGARA SAEZ **1141**

240 **LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE SUFREN DOLOR CERVICAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ, SORAYA BONILLA MARTÍNEZ, ROCIO ORTIZ VILCHEZ, SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ Y LAURA VERGARA SAEZ **1145**

241 **EL FISIOTERAPEUTA CON EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO.**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ, RAQUEL BRAZAL ARAGON, MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID Y EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN **1151**

242 **MASAJE PERINEAL. EFICACIA Y APLICACIÓN EN FISIOTERAPIA.**
MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, PILAR VERA MUÑOZ, RAQUEL BRAZAL ARAGON, MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID Y EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN **1155**

243 **DOCUMENTACIÓN RELEVANTE PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO, LARA PALOMARES REBOLLERO Y NOEMI SABIDO GARCÍA **1159**

244 **EL CONOCIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE ICTUS**
DIANA LAGUNA CANO, MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ, ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO, LARA PALOMARES REBOLLERO Y NOEMI SABIDO GARCÍA **1163**

**245 EL PAPEL DE UN CELADOR EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS**
M DEL CARMEN RICO CASTILLA, ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ, ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA, ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ Y PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA **1167**

**246 FUNCIONALIDAD TRAS LA CIRUGÍA DE HOMBRO**
GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ **1171**

**247 VENDAJES FUNCIONALES TERAPÉUTICOS EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA**
GLORIA OTERO CORTIJO, AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA **1175**

**248 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES EN EL ÁMBITO LABORAL**
JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA, AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ Y GLORIA OTERO CORTIJO **1179**

**249 INMOVILIZACIONES: EL VENDAJE FUNCIONAL COMO ACTUACIÓN DE URGENCIA EN EL ESGUINCE DE TOBILLO**
CÉSAR FRANCISCO VERDEJO, MARÍA MUÑOZ CARRETERO Y MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ **1185**

**250 EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN PUBALGIA: UNA REVISION SISTEMATICA**
JUAN PARRA GIL, VANESA JIMÉNEZ PULIDO Y ANA EUGENIA VERA ORTEGA **1191**

**251 EL PAPEL DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN MIGRAÑA**
JUAN PARRA GIL, ANA EUGENIA VERA ORTEGA Y VANESA JIMÉNEZ PULIDO **1197**

252 LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
JUAN PARRA GIL, ANA EUGENIA VERA ORTEGA Y VANESA JIMÉNEZ PULIDO 1203

253 MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA: INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN CON NIRSEVIMAB
CLARA PAULA DE UÑA SANTOS 1209

254 MALDI-TOFF IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS POR ESPECTROMETRÍA DE MASAS
SANDRA MORENO PEREZ 1213

255 EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL PROCESO PARA UNA IMAGEN DE MANO DE UN PACIENTE
ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA, JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ Y DIANA MARIA BORS 1217

256 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES MEDIANTE BIOPSIA GUIADA POR IMAGEN
ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA, JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ Y DIANA MARIA BORS 1221

257 TÉCNICO DE RAYOS Y LAS URGENCIAS POR TRAUMATISMOS RENALES
ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA, CELIA MARFIL DE LA FUENTE, ABEL NAVARRO GARCIA, JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ Y DIANA MARIA BORS 1227

258 SCREENINGN PRENATAL. ESTUDIO BIOQUÍMICO EN EL LABORATORIO
MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO, MINH QUYN UYEN LE, ANA LOPEZ GARCIA Y ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ 1233

259 INFARTO DE MIOCARDIO: ENTENDIENDO UNA AMENAZA CARDÍACA
ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ, CARMEN MORENO, FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ, JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ Y ANDREA GARCÍA 1237

260 CENTROS DE TRABAJO DE UN CELADOR EN SANIDAD Y SUS DIFERENTES FUNCIONES
VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO, MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO, MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL Y CRISTINA PAGE LAIN 1243

261 EL CELADOR Y SUS TÉCNICAS PARA PODER MOVER A LOS PACIENTES CON POCA MOVILIDAD
VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO, MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO, MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL Y CRISTINA PAGE LAIN 1247

262 DETECCIÓN RÁPIDA DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA
TAMARA HERRERO VALERO, MARIAM BLANCO NOVILLO, LORETO GARCIA RODRIGUEZ Y LAURA HERNÁNDEZ LOZANO 1251

263 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL RADIODIAGNÓSTICO CON LA RESONANCIA MAGNÉTICA
TOMAS MORENO REDONDO, SANDRA MARTÍN GARCÍA, RUBÉN PLAZA GUIJARRO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA LÓPEZ 1255

264 EL PAPEL RELEVANTE DE LA DOSIMETRÍA EN RADIODIAGNÓSTICO
TOMAS MORENO REDONDO, SANDRA MARTÍN GARCÍA, RUBÉN PLAZA GUIJARRO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA LÓPEZ 1259

265 EL PROCESO DE CAMBIO DE LA RADIOLOGÍA TRADICIONAL A LA RADIOLOGÍA DIGITAL POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIODIAGNÓSTICO
TOMAS MORENO REDONDO, SANDRA MARTÍN GARCÍA, RUBÉN PLAZA GUIJARRO, ALICIA POLO LOPEZ Y MARÍA LEDESMA LÓPEZ 1263

**266 ANÁLISIS TOXICOLÓGICO EN ORINA**
ROCÍO DEL RAMO ROMERO, INMACULADA PASTOR SICILIA, CRISTINA LOPEZ MARTINEZ, DAVID GARCÍA RUBIO Y CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ 1267

**267 DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
LAURA HERNÁNDEZ LOZANO, LORETO GARCIA RODRIGUEZ, TAMARA HERRERO VALERO Y MARIAM BLANCO NOVILLO 1271

**268 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
GONZALO ALMODÓVAR PERALES, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, ELENA SANCHEZ FERNANDEZ Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1277

**269 ARTRODESIS DE COLUMNA LUMBAR EN QUIRÓFANO, LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO**
ELENA SANCHEZ FERNANDEZ, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, GONZALO ALMODÓVAR PERALES Y RAQUEL LOPEZ GARCIA 1281

**270 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MEDULARES**
RAQUEL LOPEZ GARCIA, CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO, MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO, GONZALO ALMODÓVAR PERALES Y ELENA SANCHEZ FERNANDEZ 1285

**271 ANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE CREATININA Y UREA**
MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO, MINH QUYN UYEN LE, ANA LOPEZ GARCIA Y ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ 1289

**272 LA PRUEBA BETA HCG EN EL LABORATORIO**
ROCÍO DEL RAMO ROMERO, INMACULADA PASTOR SICILIA, CRISTINA LOPEZ MARTINEZ, DAVID GARCÍA RUBIO Y CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ 1293

273 **EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LAS RADIOGRAFÍAS DURANTE EL EMBARAZO**
VICTORIA SIMÓN CABRERA, ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO, ANTONIA RUIZ LOZANO, BLANCA VALVERDE LEIVA Y MARTA MORENO URREA **1297**

274 **EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU FUNCIÓN EL DIAGNÓSTICO EN UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO**
VICTORIA SIMÓN CABRERA, ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO, ANTONIA RUIZ LOZANO, BLANCA VALVERDE LEIVA Y MARTA MORENO URREA **1301**

275 **EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO**
VICTORIA SIMÓN CABRERA, ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO, ANTONIA RUIZ LOZANO, BLANCA VALVERDE LEIVA Y MARTA MORENO URREA **1305**

276 **PAPEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO EN CUANTO LA PROTECCIÓN EN EL QUIRÓFANO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
DIDIER VIREY ALCAIDE, ESTEBAN TEJADO VELASCO, RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO Y ATENEA PALOMARES GARCÍA **1311**

277 **LAS PARTES DE UN FLUOROSCOPIO Y EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ESTEBAN TEJADO VELASCO, DIDIER VIREY ALCAIDE, RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO Y ATENEA PALOMARES GARCÍA **1315**

278 **PAPEL DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA ARTRORESONANCIA DE HOMBRO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
RAQUEL GARCÍA NAVAS, YOLANDA GARCÍA OTERO, DIDIER VIREY ALCAIDE, ESTEBAN TEJADO VELASCO Y ATENEA PALOMARES GARCÍA **1319**

279 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA ECOGRAFIA ABDOMINAL PEDIÁTRICA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS
PAULA MORCILLO ANTÓN, SARA SOMOHANO MAGADÁN, LAURA VELEZ MANZANO, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1323

280 EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) Y LA RADIOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
SARA SOMOHANO MAGADÁN, PAULA MORCILLO ANTÓN, LAURA VELEZ MANZANO, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1327

281 DISTINTOS MEDIOS DE CONTRASTE QUE SE UTILIZAN EN RADIODIAGNÓSTICO
LAURA VELEZ MANZANO, PAULA MORCILLO ANTÓN, SARA SOMOHANO MAGADÁN, LUCIA CALDERON SANCHEZ Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1331

282 DOSIMETRÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIOTERAPIA: MEJORAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA
MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ, ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ, PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ Y NAZARET JIMÉNEZ BRAVO 1335

283 DESARROLLO DE PROTOCOLOS DE DOSIMETRÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN RADIOTERAPIA PEDIÁTRICA POR PARTE DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA
MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ, ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ, NAZARET JIMÉNEZ BRAVO Y PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ 1341

284 AVANCES TECNOLÓGICOS EN DOSIMETRÍA ADAPTATIVA PARA TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA PARA EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA
MIRIAM SANTOS BELLOSO, JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ, ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ, NAZARET JIMÉNEZ BRAVO Y PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ 1345

285 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA EN EL TIROIDES
RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ 1351

286 TEST RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES.
ROCÍO DEL RAMO ROMERO, INMACULADA PASTOR SICILIA, CRISTINA LOPEZ MARTINEZ, DAVID GARCÍA RUBIO Y CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ 1355

287 TÉCNICAS DE PRECIPITACIÓN EN MEDIO LÍQUIDO: ESTUDIO EN EL LABORATORIO
MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA, PABLO IBÁÑEZ DEL AMO, MINH QUYN UYEN LE, ANA LOPEZ GARCIA Y ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ 1359

288 EL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO Y EL TEST DE PAPANICOLAOU
MARIAM BLANCO NOVILLO, TAMARA HERRERO VALERO, LAURA HERNÁNDEZ LOZANO Y LORETO GARCIA RODRIGUEZ 1363

289 LAS APLICACIONES Y COMPETENCIAS QUE TIENE EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ENFOCADO A LOS EQUIPOS DE RAYOS X PORTÁTILES EN LOS HOSPITALES
JOSEFA BONACHE VIVANCOS 1371

290 EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA Y EL CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO.
MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE, ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1375

291 PRUEBA DE LA REAGINA PLASMÁTICA RÁPIDA: CONFIRMATORIO DE SÍFILIS
ELENA APARICIO ABAD 1379

292 EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA
ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO, MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE Y BEATRIZ MARIN PASTOR 1383

293 TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA
BEATRIZ MARIN PASTOR Y MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE 1387

294 DETECCIÓN DE DROGAS EN MUESTRA DE ORINA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS
LUCÍA PINTADO DEL RÍO 1391

295 PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS
SOFÍA FERNÁNDEZ ROCES 1395

296 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
RAQUEL MAROTO SEVILLA, MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, REBECA CORREDERA MARTÍN, JULIA MARIA MORENO PECO Y JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN 1399

297 LA HISTORIA CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
RAQUEL MAROTO SEVILLA, MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, REBECA CORREDERA MARTÍN, JULIA MARIA MORENO PECO Y JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN 1403

298 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA INFORMACIÓN SANITARIA
RAQUEL MAROTO SEVILLA, MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ, REBECA CORREDERA MARTÍN, JULIA MARIA MORENO PECO Y JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN 1407

299 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES ANTE EMERGENCIAS
VICTOR GARCIA GARCIA 1411

300 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ Y BEATRIZ ROMERO ROMAN 1415

301 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN
JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ Y BEATRIZ ROMERO ROMAN 1419

302 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS
JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ Y BEATRIZ ROMERO ROMAN 1423

303 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SISTEMA DE ARCHIVO DOCUMENTAL DE UN HOSPITAL
MAGALI PRIETO CORREGIDOR, BEATRIZ SUSIN CABALLERO, IRENE BORRELL PANDURO, CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO Y MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ 1427

304 FUNCIONES, ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN
CAROLINA HURTADO GARCIA, ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA, MARÍA ISABEL LEO MOLERO Y LUIS FERNANDO HERVAS RICO 1431

305 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DEL CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
CAROLINA HURTADO GARCIA, ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA, MARÍA ISABEL LEO MOLERO Y LUIS FERNANDO HERVAS RICO 1435

306 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD
CAROLINA HURTADO GARCIA, ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA, MARÍA ISABEL LEO MOLERO Y LUIS FERNANDO HERVAS RICO 1439

307 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO. DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO
MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ, BEATRIZ SUSIN CABALLERO, CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO, IRENE BORRELL PANDURO Y MAGALI PRIETO CORREGIDOR 1443

308 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO Y LA TRAMITACION DE LA CORRESPONDENCIA
SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ, ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, EVA MARIA VELA PALOMINO Y FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ 1447

309 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO Y SUS FUNCIONES GENERALES
SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ, ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, EVA MARIA VELA PALOMINO Y FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ 1451

310 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y DOCUMENTACION SANITARIA
SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ, ANA BELEN ABELLAN NAVARRO, ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, EVA MARIA VELA PALOMINO Y FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ 1455

311 LA FIGURA DEL CELADOR COMO PARTE DEL EQUIPO MULTICISCIPLINAR DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO
JAVIER CRESPO NAVARRO, ANDRÉS PERALTA ALDAVERO, JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO, SARA JUAN GARCIA Y JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE 1459

312 EL USO Y UTILIZACIÓN DE LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
CARLOS AUÑON FAJARDO, MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE Y SONIA MORENO CABEZAS 1463

313 LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON PACIENTES FALLECIDOS
MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA, AMALIA CARRETERO MARUGAN, MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ, LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1467

314 EL AMORTAJAMIENTO DEL PACIENTE Y FUNCIONES DEL CELADOR
MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA, AMALIA CARRETERO MARUGAN, MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ, LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1471

315 TRANSFERENCIA DE PACIENTE DE CAMILLA A CAMA POR EL CELADOR
MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA, AMALIA CARRETERO MARUGAN, MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ, LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ 1475

316 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA UNA BUENA EDUCACIÓN POSTURAL
MARISOL GONZALEZ VIEJO 1479

317 EL CELADOR/A EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN
DAVID PECERO BALSERA, PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA, IZAN BELDAD GARCÍA MORENO Y JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA 1483

318 EL CELADOR/A EN GINECOLOGÍA
DAVID PECERO BALSERA, PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA, IZAN BELDAD GARCÍA MORENO Y JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA 1489

319 EL CELADOR/A EN LA SALA DE AUTOPSIAS
DAVID PECERO BALSERA, PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO, JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA, IZAN BELDAD GARCÍA MORENO Y JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA 1495

320 EL LENGUAJE Y COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE CENTROS SANITARIOS
MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE, SONIA MORENO CABEZAS Y CARLOS AUÑON FAJARDO 1501

321 CUALIDADES, FUNCIONES, ACTITUDES Y HABILIDADES DEL CELADOR EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO, ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES Y MIRIAN GARCIA GARCIA 1505

322 PAPEL DEL PINCHE CON LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS
SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ, MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA, JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ Y MARÍA MADRID MARTÍNEZ 1509

323 EL PINCHE Y LA CORRECTA CONSERVACION, TRANSFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ, MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA, JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ Y MARÍA MADRID MARTÍNEZ 1513

324 LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CIRCUITOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PARA PINCHE DEL HOSPITAL
SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ, MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO, ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA, JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ Y MARÍA MADRID MARTÍNEZ 1517

325 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
MARI ÁNGELES GARCÍA CARRASCO 1521

326 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RECETA ELECTRÓNICA
IRENE BORRELL PANDURO, BEATRIZ SUSIN CABALLERO, MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ, CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO Y MAGALI PRIETO CORREGIDOR 1525

327 COMO ACTÚA DE FORMA CORRECTA EL CELADOR ANTE UN PACIENTE ALTERADO
JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN, MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ Y JOSE NAVARRO GODRID 1529

328 CALEFACTORES Y EFECTOS DEL CONFORT TÉRMICO EN EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA Y JOAQUIN MARTINEZ REINA 1533

329 SEGURIDAD Y CONTROL EN SISTEMAS DE CALEFACCIÓN HOSPITALARIA: UN ENFOQUE INTEGRAL
GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA Y JOAQUIN MARTINEZ REINA 1539

330 LA IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA POR LOS CALEFACTORES EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ, JESUS MANUEL ALARCON SIELVA Y JOAQUIN MARTINEZ REINA 1545

331 **LOS DISTINTOS COMETIDOS DE LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS MORTUORIOS DE LOS HOSPITALES**
JOSE NAVARRO GODRID, JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN Y MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ **1551**

332 **EL CELADOR Y LAS DISTINTAS POSICIONES DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. EL GIRO DEL PACIENTE**
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO, NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN, MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ Y JOSE NAVARRO GODRID **1555**

333 **LA DIFICULTAD DE LA DOBLE PRESENCIA EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO**
NATALIA EUGENIA GALINDO SEBASTIANI, MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, SANDRA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ Y DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN **1559**

334 **EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA Y LAS FUNCIONES EN EL REPARTO DE CORREOS**
MIGUEL CARRILLO GARCIA, ERIC OCAÑA FERNANDEZ, DAVID CANO GOMEZ, ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ Y MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA **1563**

335 **EL CELADOR Y LOS PROTOCOLOS DE CONTENCION ANTE UN PACIENTE**
MIGUEL CARRILLO GARCIA, MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA, ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ, ERIC OCAÑA FERNANDEZ Y DAVID CANO GOMEZ **1567**

336 **EL CELADOR Y LAS TAREAS A REALIZAR EN CUIDADOS PALIATIVOS**
MIGUEL CARRILLO GARCIA, ERIC OCAÑA FERNANDEZ, DAVID CANO GOMEZ, ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ Y MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA **1571**

337 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
CARLOS AUÑON FAJARDO, MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE Y SONIA MORENO CABEZAS **1575**

338 **LOS CELADORES Y SUS COMETIDOS EN EL SERVICIO DE AMBULANCIAS**
JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO, JAVIER CRESPO NAVARRO, SARA JUAN GARCIA, JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE Y ANDRÉS PERALTA ALDAVERO **1579**

339 **LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SUPINAR A UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
AITOR GÓMEZ SAIZ, BERNARDO LUZ MARTÍNEZ, LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ, MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS Y ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN **1583**

340 **EL CELADOR EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO. ÁREAS Y FUNCIONES DEL CELADOR**
AITOR GÓMEZ SAIZ, BERNARDO LUZ MARTÍNEZ, LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ, MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS Y ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN **1587**

341 **FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CDT)**
MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA, FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE Y ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA **1591**

342 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA, ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA Y FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE **1595**

343 **LABORES DEL CELADOR DE PUERTA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO, ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA, ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA Y FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE **1599**

344 **¿QUÉ FUNCIONES TIENE EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA?**
DANIEL DÍAZ PINTEA, MIHAELA PINTEA, JOSÉ GARCÍA CANO, CRISTINA SANCHEZ CARPENA Y ANA MARIA SOTO DELGADO **1603**

345 **EL CELADOR DE QUIRÓFANO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA NECESIDAD FORMATIVA EN UN SERVICIO ESPECIALIZADO**
DANIEL DÍAZ PINTEA, MIHAELA PINTEA, JOSÉ GARCÍA CANO, ANA MARIA SOTO DELGADO Y CRISTINA SANCHEZ CARPENA **1607**

346 **¿QUÉ FUNCIONES TIENE EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN?**
DANIEL DÍAZ PINTEA, MIHAELA PINTEA, JOSÉ GARCÍA CANO, ANA MARIA SOTO DELGADO Y CRISTINA SANCHEZ CARPENA **1611**

347 **FUNCIONES COMUNES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO O CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y CENTROS DE SALUD**
SANDRA RODRÍGUEZ VALDES Y SILVIA FERNANDEZ CANO **1615**

348 **EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL**
GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO, ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES Y MIRIAN GARCIA GARCIA **1619**

349 **EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL SERVICIO DE PARITORIO. FUNCIONES DEL CELADOR CON LA PACIENTE EMBARAZADA**
LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ, MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS, ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN, AITOR GÓMEZ SAIZ Y BERNARDO LUZ MARTÍNEZ **1623**

350 **EL ADMINISTRATIVO Y SUS DEBERES CON RESPECTO A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES Y USUARIOS EN CENTROS SANITARIOS.**
SILVIA CARRION PARDO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO, ÁNGEL GARRIDO GARCÍA Y MARIA JESUS MORA HIDALGO **1627**

351 **EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI), FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS**
VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO, MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS, CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO, MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL Y CRISTINA PAGE LAIN **1631**

352 **URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS**
SARA ANTUÑA FONSECA **1635**

353 **EL PINCHE DE COCINA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS NORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE ALIMENTOS SANOS Y LAS NORMAS DE HIGIENE DURANTE LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.**
ROBERTO DIAZ LOSADA, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, GEMA SORIA LOZANO Y ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN **1639**

354 **ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO. CONSIDERACIONES DEL TRASLADO.**
GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO, ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO, JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES Y MIRIAN GARCIA GARCIA **1643**

355 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL**
MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ, MARTA SANCHEZ MORENO, CONSUELO HERNÁNDEZ YUST, ISMAEL CARBONELL GARCÍA Y MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ **1649**

356 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: UN MIEMBRO MÁS DEL EQUIPO DE LA ZONA DE URGENCIAS**
MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ, ISMAEL CARBONELL GARCÍA, CONSUELO HERNÁNDEZ YUST, MARTA SANCHEZ MORENO Y MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ **1653**

357 **LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO Y ARCHIVO**
MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ, ISMAEL CARBONELL GARCÍA, MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ, MARTA SANCHEZ MORENO Y CONSUELO HERNÁNDEZ YUST **1657**

358 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA**
BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO, ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY, NOELIA ACOBI MARTINEZ Y MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ **1661**

359 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU COMETIDO EN EL USO DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS EN LOS HOSPITALES**
BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO, ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY, NOELIA ACOBI MARTINEZ Y MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ **1665**

360 **DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL ADMINISTRATIVO LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS**
SILVIA CARRION PARDO, MARIA JESUS MORA HIDALGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO Y ÁNGEL GARRIDO GARCÍA **1669**

361 **EL APOYO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LAS TAREAS DEL RESTO DE PERSONAL Y SU PAPEL EN EL CONJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA**
SILVIA CARRION PARDO, MARIA JESUS MORA HIDALGO, LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN, BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO Y ÁNGEL GARRIDO GARCÍA **1673**

362 EL CONTROL Y SUPERVISIÓN DE ACCESOS HOSPITALARIOS POR LOS CELADORES
HAMZA CHEDADI LAGHDAS, LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉTAR, DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO, CRISTINA TIRADO MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 1677

363 LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES A TRAVÉS DE LOS PUESTOS DE INFORMACIÓN DE LOS CELADORES
HAMZA CHEDADI LAGHDAS, LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉTAR, DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO, CRISTINA TIRADO MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 1683

364 ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRABAJO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LOS CELADORES DE HOSPITAL
HAMZA CHEDADI LAGHDAS, LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉTAR, DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO, CRISTINA TIRADO MORENO Y MANUEL VALERO ROMERO 1691

365 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO
RAQUEL COSTA SÁNCHEZ, MONTSE BUSTOS MATIAS, RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO Y ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ 1699

366 EVALUACIÓN DEL BURNOUT EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS Y SUS IMPLICACIONES
RAQUEL COSTA SÁNCHEZ, RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ, MONTSE BUSTOS MATIAS, ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ Y MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO 1703

367 GESTIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO
RAQUEL COSTA SÁNCHEZ, MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO, ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ, RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ Y MONTSE BUSTOS MATIAS 1707

368 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ADAM VICENTE OTERO 1711

369 FUNCIONES Y TRABAJO DEL CELADOR EN EL ALMACÉN
RUBENS TORIJA RESUELA 1715

370 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGULACIONES DE PRIVACIDAD
ALICIA SÁNCHEZ POBLETE, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES, SORAYA NOGALES PIQUERAS, MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO Y LAURA GARRIDO ORMEÑO 1719

371 EL CELADOR Y LA ESCUCHA ACTIVA CON EL ENFERMO
SARA JUAN GARCIA, JAVIER CRESPO NAVARRO, ANDRÉS PERALTA ALDAVERO, JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE Y JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO 1723

372 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA
MARIA SATURNINA GARCIA JAEN, EVA ANTÓN SANZ, ANA MARIA LUCHA PALOMARES, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARTA HUERTA GARCES 1727

373 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y EL USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA DE LOS PACIENTES
MARIA SATURNINA GARCIA JAEN, EVA ANTÓN SANZ, ANA MARIA LUCHA PALOMARES, ADELA GARCÍA GARCÍA Y MARTA HUERTA GARCES 1731

374 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CONTROL DE SUMINISTROS DE UN HOSPITAL
MARIA SATURNINA GARCIA JAEN, ANA MARIA LUCHA PALOMARES, ADELA GARCÍA GARCÍA, MARTA HUERTA GARCES Y EVA ANTÓN SANZ 1735

375 ACTUACIONES DEL CELADOR DE PARITORIO, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO DE LA MUJER EMBARAZADA
ANTONIO GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO, JOSE MARIA ROYO LOPEZ, ANTONIO LARA CARRASCO Y PAULA LÓPEZ GARCÍA 1739

376 FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS URGENCIAS DE PEDIATRÍA
ANTONIO GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO, JOSE MARIA ROYO LOPEZ, ANTONIO LARA CARRASCO Y PAULA LÓPEZ GARCÍA 1743

377 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR DE URGENCIAS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN HELICÓPTERO MEDICALIZADO
ANTONIO GARCIA ANDUJAR, RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO, JOSE MARIA ROYO LOPEZ, ANTONIO LARA CARRASCO Y PAULA LÓPEZ GARCÍA 1747

378 AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ARCHIVO
AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA, CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO, LAURA ALBERCA CARRAMOLINO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS 1751

379 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES
AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA, CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO, LAURA ALBERCA CARRAMOLINO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS 1755

380 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS SANITARIOS
AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA, CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO, MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y LAURA ALBERCA CARRAMOLINO 1759

381 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS DE UN HOSPITAL
LAURA GARRIDO ORMEÑO 1763

382 **EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO**
AISHA SÁEZ SÁNCHEZ, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS, JOSE URREA GARCÍA, GABRIEL MONTERO BALLESTEROS Y JAVIER MONTERO VÁZQUEZ **1767**

383 **LA UNIDAD DE PALIATIVOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
AISHA SÁEZ SÁNCHEZ, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS, GABRIEL MONTERO BALLESTEROS, JAVIER MONTERO VÁZQUEZ Y JOSE URREA GARCÍA **1771**

384 **EL CELADOR DE PLANTA Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN ELLA**
AISHA SÁEZ SÁNCHEZ, MIGUELINA MARTINEZ PIRIS, JOSE URREA GARCÍA, GABRIEL MONTERO BALLESTEROS Y JAVIER MONTERO VÁZQUEZ **1775**

385 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGULACIONES DE PRIVACIDAD EN UN HOSPITAL**
SORAYA NOGALES PIQUERAS, ALICIA SÁNCHEZ POBLETE, LAURA GARRIDO ORMEÑO, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES Y MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO **1779**

386 **PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO LABORAL**
LETICIA MOSQUERA SUAREZ **1783**

387 **INTERVENCIÓN EN CRISIS SUICIDAS**
SANDRA RODRÍGUEZ VALDES Y SILVIA FERNANDEZ CANO **1787**

388 **LA INFORMATIZACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID, MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE, JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ, MARIA JESUS LOPEZ GARCIA Y MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN **1791**

389 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS TAREAS EN EL SERVICIO DE BOLSA DE TRABAJO DE LOS CENTROS SANITARIOS**
MARIA JESUS LOPEZ GARCIA, MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN, GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID, MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE Y JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ **1795**

**390 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO, MARIA DEL MAR DEL POZO COBO, MANUEL LÓPEZ TROYANO, MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS Y MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO **1799**

**391 EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS FARMACIAS HOSPITALARIAS**
MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO, MANUEL LÓPEZ TROYANO, MARIA DEL MAR DEL POZO COBO, MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO Y MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS **1803**

**392 EL PAPEL DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO, MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO, MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS, MARIA DEL MAR DEL POZO COBO Y MANUEL LÓPEZ TROYANO **1807**

**393 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CENTROS DE SALUD**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR **1811**

**394 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN, GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID, JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ, MARIA JESUS LOPEZ GARCIA Y MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE **1815**

**395 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UVI) POLIVALENTE**
JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE, ANA CANO PEÑA, JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ Y DIANA MARIA QUERO PALOMINO **1819**

**396 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE UROLOGÍA**
JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE, ANA CANO PEÑA, JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ Y DIANA MARIA QUERO PALOMINO **1823**

397 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE CIRUGÍA GENERAL
JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ, MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE, ANA CANO PEÑA, JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ Y DIANA MARIA QUERO PALOMINO 1827

398 CELADORES Y SEGURIDAD HOSPITALARIA: UN ANÁLISIS DE SUS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES
CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO, JOSE BIEDMA PEREZ, PATRICIA ARÉVALO MONTES, ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 1831

399 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS ESPECIALES
CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO, JOSE BIEDMA PEREZ, PATRICIA ARÉVALO MONTES, ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 1837

400 EL CELADOR EN UNIDADES DE RADIOONCOLOGÍA: FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO, JOSE BIEDMA PEREZ, PATRICIA ARÉVALO MONTES, ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ Y STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU 1843

401 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS
AROA PÉREZ BUENACHE, CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ Y JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO 1849

402 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
MARIA CARMEN FLORES CUESTA, LIDIA MARTIN COLILLA, INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ Y BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO 1853

**403 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
MARIA CARMEN FLORES CUESTA, INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, LIDIA MARTIN COLILLA, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO Y CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ **1857**

**404 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL**
MARIA CARMEN FLORES CUESTA, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ, LIDIA MARTIN COLILLA Y INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ **1861**

**405 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO Y AROA PÉREZ BUENACHE **1865**

**406 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**
CORAL SANCHEZ GARCIA, MARIA REDONDO SARMIENTO, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO Y AROA PÉREZ BUENACHE **1869**

**407 EL FONTANERO Y LAS SOLDADURAS DE TUBERIAS**
JAIME LOPEZ LOZANO, DAVID ABAD GONZÁLEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y ALVARO FERRE NAVARRO **1873**

**408 EL FONTANERO Y LA LIMPIEZA DE DESAGÜES OBSTRUIDOS EN UN HOSPITAL**
JAIME LOPEZ LOZANO, DAVID ABAD GONZÁLEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y ALVARO FERRE NAVARRO **1877**

409 **EL FONTANERO Y LAS PRINCIPALES FUNCIONES EN UN HOSPITAL**
JAIME LOPEZ LOZANO, ALVARO FERRE NAVARRO, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ Y DAVID ABAD GONZÁLEZ **1881**

410 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL**
MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO, SORAYA NOGALES PIQUERAS, LAURA GARRIDO ORMEÑO, MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES Y ALICIA SÁNCHEZ POBLETE **1885**

411 **TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA TRJETA SANITARIA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO**
MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN, REBECA FLORES MORCILLO Y SALVADOR GALLEGO CASTAÑO **1889**

412 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO.**
SALVADOR GALLEGO CASTAÑO, MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, DANIEL ZALDIVAR MARTIN Y REBECA FLORES MORCILLO **1893**

413 **LA ACTUACIÓN DEL CELADOR A LA ENTRADA DE URGENCIAS**
JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ Y MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ **1897**

414 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA**
REBECA FLORES MORCILLO, MIRIAM GALÁN GÓMEZ, JAVIER ORTEGA ZALDIVAR, SALVADOR GALLEGO CASTAÑO Y DANIEL ZALDIVAR MARTIN **1903**

**415 EL CELADOR Y EL CONTACTO CON UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS**
ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, JENNIFER MORENO MORENO, SHEILA GARCÍA PEREZ, ISABEL PADRÓ ZAPATA Y ELENA AGUDO DE LA CUERDA **1907**

**416 EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS**
JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ Y MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ **1911**

**417 EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN QUE DEBE DE CONOCER**
JENNIFER MORENO MORENO, ISABEL PADRÓ ZAPATA, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, ELENA AGUDO DE LA CUERDA Y SHEILA GARCÍA PEREZ **1917**

**418 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA REPERCUSION SOBRE SU SALUD**
TAMARA LOPEZ MARTIN **1921**

**419 LOS SÍNTOMAS QUE LE PRODUCE EL ESTRÉS LABORAL A LOS CELADORES**
SHEILA GARCÍA PEREZ, JENNIFER MORENO MORENO, ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ, ISABEL PADRÓ ZAPATA Y ELENA AGUDO DE LA CUERDA **1925**

**420 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**
BEATRIZ MATAS SARMIENTO, YOLANDA TAPIOLES NUEVO, ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY, NOELIA ACOBI MARTINEZ Y MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ **1929**

**421 LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EL PAPEL DEL CELADOR SANITARIO**
CAROLINA JUÁREZ SÁEZ, RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC, CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO Y CRISTIAN VALERO GARCIA **1933**

422 **EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL CELADOR DENTRO DEL ÁREA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
CAROLINA JUÁREZ SÁEZ, CRISTIAN VALERO GARCIA, CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC Y RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ **1937**

423 **EL TRASLADO EN EL AREA DE NEONATOLOGÍA Y LOS NEONATOS Y EL TRABAJO DEL CELADOR**
CAROLINA JUÁREZ SÁEZ, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC, RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ, CRISTIAN VALERO GARCIA Y CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO **1943**

424 **LA RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES**
JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, ELOY PIQUERAS GONZALEZ, MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ Y MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ **1947**

425 **EL PROFESIONAL CELADOR EN EL SERVICIO DE UNA FARMACIA HOSPITALARIA**
ESTER MARTIN FERNANDEZ, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN, TANIA SAUCEDO MERCADO, MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y RAMÓN LARA LÓPEZ **1951**

426 **EL PROFESIONAL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSQUIATRÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
TANIA SAUCEDO MERCADO, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN, RAMÓN LARA LÓPEZ, ESTER MARTIN FERNANDEZ Y CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ **1955**

427 **EL PROFESIONAL DE CELADOR EN UN LABORATORIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
RAMÓN LARA LÓPEZ, ESTER MARTIN FERNANDEZ, CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN, TANIA SAUCEDO MERCADO Y CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ **1959**

428 **EL PAPEL DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA**
MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ, SONIA RAMÍREZ ANGUITA, JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO **1963**

429 **EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ, SONIA RAMÍREZ ANGUITA, PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ, MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO Y JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ **1967**

430 **EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE PACIENTES PALIATIVOS: ACOMPAÑAMIENTO, DIGNIDAD Y APOYO**
MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ, MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO, JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, SONIA RAMÍREZ ANGUITA Y PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ **1971**

431 **AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: COMPONENTES DE UN ORDENADOR, LA TARJETA GRÁFICA**
BEGOÑA GARCÍA VILLA **1975**

432 **EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
DANIEL ZALDIVAR MARTIN, CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ Y MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ **1979**

433 **TELEFONISTA EN SANIDAD: ACTUACIÓN TELEFÓNICA ANTE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO **1983**

434 **EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**
MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR **1987**

435 **EL TELEFONISTA EN SANIDAD: LIMITACIONES DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CONSULTAS EXTERNAS**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO **1991**

436 **EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA**
CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ Y MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ **1995**

437 **TELEFONISTA EN SANIDAD: EL CALL CENTER**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO **1999**

438 **EL TRABAJADOR SOCIAL EN CASOS DE URGENCIA-EMERGENCIA SOCIAL**
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ Y MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO **2003**

439 **FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES QUE PASAN POR UN ICTUS: EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA**
MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR, PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR, MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO Y MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ **2007**

440 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**
OLGA GARCÍA RODRIGO, MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN, VANESA RUIZ RONCERO, CLAUDIA MEDINA CARO Y ROSA SERRANO MORENO **2013**

441 **LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA ATENCION PRESENCIAL Y TELEFONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
PABLO RODRIGUEZ ABELLAN, PAOLA GARCÍA QUIÑONES, M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ Y MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ **2017**

442 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ATENCIÓN PRIMARIA EN ZONAS RURALES**
MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ, PAOLA GARCÍA QUIÑONES, M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN **2021**

443 **DIFERENCIA DE TAREAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SEGÚN EL TIPO DE UNIDAD DE CIRUGIA**
MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ, PAOLA GARCÍA QUIÑONES, M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE, ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ Y PABLO RODRIGUEZ ABELLAN **2025**

444 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ, TABITA TULAC NECHITA Y FRANCISCA CARCELEN APARICIO **2029**

445 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): NUTRICIÓN ENTERAL POR BOMBA DE INFUSIÓN**
GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ, PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, TABITA TULAC NECHITA Y FRANCISCA CARCELEN APARICIO **2033**

446 **LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE PARTOS**
TABITA TULAC NECHITA, JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ, GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ, PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ Y FRANCISCA CARCELEN APARICIO **2037**

447 **FUNCIONES DEL CELADOR DESDE QUE UN PACIENTE FALLECE**
MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO, MARGARITA VIELSA VILLALON, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA MARIA YESTE RAMIREZ **2041**

448 **EL CELADOR EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL**
MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO, MARGARITA VIELSA VILLALON, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA MARIA YESTE RAMIREZ **2045**

449 **EL CELADOR EN GERIATRIA**
MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO, MARGARITA VIELSA VILLALON, SONIA RAMOS MARTÍNEZ, ANA MARIN YESTE Y JUANA MARIA YESTE RAMIREZ **2049**

450 **EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON HIPOXIA, TIPOS Y PLAN DE CUIDADOS**
MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ, RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES **2053**

451 **EL ENFERMERO EN LA UCI**
MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ, RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES **2057**

452 **ENFERMERA DE URGENCIA ANTE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA**
MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ, RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ, LOURDES NAVARRO COLMENERO Y LORENA AUÑON YEPES **2061**

453 **AGENDAMIENTO DE CITAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DEL SUEÑO**
MARINELA BARRAJON INSERTI, MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, Mª TERESA LÁZARO SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ **2065**

454 **LAS FUNCIONES QUE REALIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARINELA BARRAJON INSERTI, MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, Mª TERESA LÁZARO SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ **2069**

455 LA GESTION DE ATENCION AL CLIENTE POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ADMISION DE PACIENTES
MARINELA BARRAJON INSERTI, MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ, MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA, Mª TERESA LÁZARO SÁEZ Y JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ 2073

456 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON POLITRAUMATISMO
LORENA BUENDÍA GALERA, ALBA JUÁREZ SUÁREZ Y ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ 2077

457 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA CÁPSULA REABSORBIBLE AGILE PATENCY
LORENA BUENDÍA GALERA, ALBA JUÁREZ SUÁREZ Y ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ 2081

458 EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA UCI MOVIL
LORENA BUENDÍA GALERA, ALBA JUÁREZ SUÁREZ Y ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ 2085

459 MAMÓGRAFOS UTILIZADOS POR LOS TÉCNICOS DE RAYOS EN RADIODIAGNÓSTICO
JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, LORETA CAMACHO MORENO, TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA VIZCAINO GONZALEZ 2089

460 DENSITÓMETROS DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA MANEJADOS POR LOS TÉCNICOS DE RAYOS
JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, LORETA CAMACHO MORENO, TERESA RUBIO DEL OLMO, ISRAEL AZAÑA CARRASCO Y MARIA VIZCAINO GONZALEZ 2093

461 EL TÉCNICO DE RAYOS EN RADIOLOGÍA CON PACIENTES EN EDAD INFANTIL
MARIA VIZCAINO GONZALEZ, ISRAEL AZAÑA CARRASCO, TERESA RUBIO DEL OLMO, LORETA CAMACHO MORENO Y JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA 2097

462 **EL CELADOR Y LAS NORMAS DE ACTUACIÓN EN CUIDADOD ONCOLÓGICOS DE PEDIATRÍA**
JOSE MARIN GARCIA, ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, GUILLERMO MORENO PÉREZ, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ Y RAFAEL RODRIGUEZ MORALES **2101**

463 **EL CELADOR COMO TRABAJADOR EN LOS CENTROS DE SALUD**
JOSE MARIN GARCIA, ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, GUILLERMO MORENO PÉREZ, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ Y RAFAEL RODRIGUEZ MORALES **2105**

464 **EL CELADOR Y COMO DEBE DE ACTUAR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
JOSE MARIN GARCIA, ALFONSO GANFORNINA CAMPOS, GUILLERMO MORENO PÉREZ, MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ Y RAFAEL RODRIGUEZ MORALES **2109**

465 **EL CELADOR EN LA PROTECCIÓN DE DATOS: PRIVACIDAD Y SEGURIDAD**
ANDRES ROSADO BALLESTEROS, ANTONIA CARRETERO ROMERO Y JESÚS PERUJO GARCÍA **2113**

466 **EL ROL DEL CELADOR EN LA ADMISIÓN EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ANDRES ROSADO BALLESTEROS, ANTONIA CARRETERO ROMERO Y JESÚS PERUJO GARCÍA **2117**

467 **LA CRECIENTE AMENAZA: AGRESIONES A CELADORES EN SALAS DE URGENCIAS**
ANDRES ROSADO BALLESTEROS, ANTONIA CARRETERO ROMERO Y JESÚS PERUJO GARCÍA **2121**

468 **LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS, SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y VERONICA DEL SAZ GARCIA **2125**

469 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO
NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS, SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y VERONICA DEL SAZ GARCIA 2129

470 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE UNA MUESTRA DE ESPUTO
NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA, ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS, SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA, BEATRIZ DIEZ MARTINEZ Y VERONICA DEL SAZ GARCIA 2133

471 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA
ROSA ANA GAMBIN LORENZO, MARIA JESUS LEON GOMEZ, VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS 2137

472 CONOCIMIENTO DE LA CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, LLANOS GARCIA ARANOS Y MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA 2141

473 LAS DISTINTAS DIETAS QUE SE ELABORAN EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES
MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, LLANOS GARCIA ARANOS Y MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA 2145

474 LA IMPORTANCIA DE TENER UN PLAN DE CALIDAD EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES
MARÍA PILAR PIERNAS SARRION, ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, LLANOS GARCIA ARANOS Y MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA 2149

475 **EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES EN LA MEDICINA FORENSE**
VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, ROSA ANA GAMBIN LORENZO, MARIA JESUS LEON GOMEZ, ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS **2153**

476 **LOS TECNICOS DE RAYOS (TESID) Y EL SÍNDROME DEL HOMBRO CONGELADO**
ROSA ANA GAMBIN LORENZO, VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS, MARIA JESUS LEON GOMEZ, ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY Y JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS **2157**

477 **EL PINCHE DE COCINA EN LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LAS CONTAMINACIONES CRUZADAS DE LOS ALIMENTOS. ALÉRGENOS.**
ROBERTO DIAZ LOSADA, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, GEMA SORIA LOZANO Y ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN **2161**

478 **COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO**
MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA, JESUS RAMIREZ VELASCO, FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ, JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS Y ALMUDENA REDONDO GARCÍA **2165**

479 **TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
AURELIA GARCÍA JIMENEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, MARÍA DOLORES HERAS ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA **2171**

480 **LAS COCINAS HOSPITALARIAS: DESINFECIÓN Y LIMPIEZA**
AURELIA GARCÍA JIMENEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, MARÍA DOLORES HERAS ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA **2175**

481 **PREELABORACIÓN DEL GÉNERO A COCINAR EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
AURELIA GARCÍA JIMENEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA, FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE, MARÍA DOLORES HERAS ARCAS Y MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA **2179**

482 **LA ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA PARA MANTENER LA CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
GEMA SORIA LOZANO, ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, ROBERTO DIAZ LOSADA Y MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ **2183**

483 **COMETIDO DEL CELADOR EN LA SALA DE CITOSCOPIAS**
MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA, JESUS RAMIREZ VELASCO, FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ, JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS Y ALMUDENA REDONDO GARCÍA **2187**

484 **COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA COLONOSCOPIA.**
MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA, JESUS RAMIREZ VELASCO, FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ, JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS Y ALMUDENA REDONDO GARCÍA **2191**

485 **ACCIDENTE BIOLÓGICO DURANTE EL DESBARASE Y EL PINCHE DE COCINA**
ANTONIO SAIZ VELASCO, MIRIAN LANGREO SERRANO, FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR **2195**

486 **LA DIETA BASAL Y EL PINCHE DE COCINA**
ANTONIO SAIZ VELASCO, MIRIAN LANGREO SERRANO, FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR **2199**

487 **LA DIETA DE PROTECCIÓN HEPATICA HOSPITALARIA Y EL PINCHE DE COCINA**
ANTONIO SAIZ VELASCO, MIRIAN LANGREO SERRANO, FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ, LIDIA BALLESTEROS JARA Y FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR **2203**

488 **EL PINCHE DE COCINA EN LA DISTRIBUCIÓN A LAS PLANTAS HOSPITALARIAS DE LAS BANDEJAS CON LAS COMIDAS**
ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN, ROBERTO DIAZ LOSADA, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ Y GEMA SORIA LOZANO 2207

489 **TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR HOSPITALARIA**
DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA, SANDRA FERNANDEZ PAJARES Y RAQUEL SALVADOR MOYA 2211

490 **TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA HOSPITALARIA**
DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA, SANDRA FERNANDEZ PAJARES Y RAQUEL SALVADOR MOYA 2215

491 **TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA HOSPITALARIA**
DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ, MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA, SANDRA FERNANDEZ PAJARES Y RAQUEL SALVADOR MOYA 2219

492 **PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**
MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO, TAMARA VALERA COLLADO Y LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO 2223

493 **NEURALGIA DENTAL Y EL ODONTOLOGO**
MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO, TAMARA VALERA COLLADO Y LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO 2227

494 **EL ODONTOLOGO Y LA ELEVACION DEL SENO MAXILAR**
MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO, TAMARA VALERA COLLADO Y LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO 2231

495 **EL ROL DEL CELADOR DE FARMACIA EN LA CADENA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS**
JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR, DAVID OLIVARES MUÑOZ, JOSE CARLOS CANO LORENTE, BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2235

496 **EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL: ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE NEONATOS**
JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR, DAVID OLIVARES MUÑOZ, JOSE CARLOS CANO LORENTE, BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2239

497 **EL INGRESO DE PACIENTES EN PLANTA HOSPITALARIA: TAREAS CRUCIALES DEL CELADOR**
JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR, DAVID OLIVARES MUÑOZ, JOSE CARLOS CANO LORENTE, BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ Y MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS 2245

498 **TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA**
MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2251

499 **TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE INGRESO HOSPITALARIO**
MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ, JOSEFA PULIDO LOPEZ Y JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO 2255

500 **TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEC-TAC EXTRA HOSPITALARIO**
MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO, JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO, BARBARA FERNANDEZ BENITO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ Y JOSEFA PULIDO LOPEZ 2259

**501 RADIOGRAFÍA INTERPROXIMALES POR UNA HIGIENISTA DENTAL**
JULIA MARTÍNEZ FELIPE, CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO Y CANDELA DÍAZ TARRAGA 2263

**502 EL PINCHE DE COCINA Y LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE EN LA COCINA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA, DARA LÓPEZ ÁLVAREZ, VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ Y JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN 2267

**503 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS: IMPORTANCIA Y PREPARACIÓN DEL PESCADO**
DARA LÓPEZ ÁLVAREZ, VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ, JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN Y JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA 2273

**504 EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS**
RAUL MARTIN BONILLA, FERNANDO LOPEZ GARCIA, FERMÍN LÓPEZ GREGORIO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ Y ANTONIA RAMIRO GUERRERO 2279

**505 EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE TRIAJE HOSPITALARIO**
RAUL MARTIN BONILLA, FERNANDO LOPEZ GARCIA, FERMÍN LÓPEZ GREGORIO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ Y ANTONIA RAMIRO GUERRERO 2283

**506 EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
RAUL MARTIN BONILLA, FERNANDO LOPEZ GARCIA, FERMÍN LÓPEZ GREGORIO, JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ Y ANTONIA RAMIRO GUERRERO 2287

507 **EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS**
VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ, JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN, JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA Y DARA LÓPEZ ÁLVAREZ **2291**

508 **BRUXISMO INFANTIL EN LA PERSPECTIVA DEL HIGIENISTA DENTAL**
JULIA MARTÍNEZ FELIPE, CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO Y CANDELA DÍAZ TARRAGA **2297**

509 **COMPLICACIONES DE UN ALVEOLITIS DESDE LA PERSPECTIVA DE HIGIENISTA DENTAL**
JULIA MARTÍNEZ FELIPE, CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO, CECILIA QUÍLEZ PARREÑO Y CANDELA DÍAZ TARRAGA **2301**

510 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: HISTORIA CLÍNICA**
ISABEL FITO SÁEZ, FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA, MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, ROCIO COVISA PUENTE Y ANTONIA ARMERO MENA **2305**

511 **LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO TELEMÁTICO Y PRESENCIAL**
ISABEL FITO SÁEZ, FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA, MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, ROCIO COVISA PUENTE Y ANTONIA ARMERO MENA **2309**

512 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES**
ISABEL FITO SÁEZ, FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA, MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS, ROCIO COVISA PUENTE Y ANTONIA ARMERO MENA **2313**

513 **EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS RADIOLÓGICOS: LA RESPONSABILIDAD DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO, MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO, AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO Y GLORIA CERDÁ REQUENA **2317**

514 **IMAGENOLOGÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.**
NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO, MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO, AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO Y GLORIA CERDÁ REQUENA **2323**

515 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA, AURORA ARIAS CARRERO, GERARDO DÍAZ FUNEZ, JULIO SORIA MARTÍNEZ Y CATALINA MARTINEZ **2329**

516 **FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE RADIOLOGÍA**
JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA, AURORA ARIAS CARRERO, GERARDO DÍAZ FUNEZ, JULIO SORIA MARTÍNEZ Y CATALINA MARTINEZ **2335**

517 **EL CELADOR DESCRIBE EL USO DE LA EPISIOTOMÍA EN LOS PARTOS EUTÓCICOS COMO USO SISTEMÁTICO**
JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA, AURORA ARIAS CARRERO, GERARDO DÍAZ FUNEZ, JULIO SORIA MARTÍNEZ Y CATALINA MARTINEZ **2341**

518 **IMPORTANCIA DEL LOGOPEDA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**
MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN, ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE Y RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ **2347**

519 **EL LOGOPEDA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)**
MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN, ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE Y RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ **2351**

520 **AFECTACION DEL FRENILLO LINGUAL EN EL HABLA**
MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN, ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE Y RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ **2355**

521 METABOLISMO DEL HIERRO Y DETERMINACIÓN DE LA FERROPENIA EN EL LABORATORIO CLÍNICO POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
ANTONIO GARCIA BLEDA, RAQUEL FUENTES SANTURDE, VANESA GÓMEZ MORALES, JORGE MARTÍ CALLADO Y ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN 2359

522 LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
ANTONIO GARCIA BLEDA, RAQUEL FUENTES SANTURDE, VANESA GÓMEZ MORALES, JORGE MARTÍ CALLADO Y ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN 2365

523 IMPORTANCIA DE LA PSEUDOMONAS AERUGINOSA PARA EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
ANTONIO GARCIA BLEDA, RAQUEL FUENTES SANTURDE, VANESA GÓMEZ MORALES, JORGE MARTÍ CALLADO Y ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN 2369

524 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS
SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS, ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ Y MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO 2373

525 FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS CRÓNICOS
SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS, ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ Y MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO 2377

526 FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL SUELO PÉLVICO
SAMUEL VILLORA GARCÍA, SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR, CELIA VELASCO CORTÉS, ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ Y MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO 2383

527 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO: REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
NATALIA DÍAZ PÉREZ, EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO, MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO, AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO Y GLORIA CERDÁ REQUENA 2387

528 COORDINACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y LABORATORIO A TRAVÉS DEL SERVICIO TELEFÓNICO
VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA GALDON GARCIA, PETRA VALERA HERRAIZ, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA Y VANESA MARÍN MAESTRO 2393

529 EL PAPEL DE LA TELEFONISTA EN LA COORDINACIÓN DE TRASLADOS DE PACIENTES
VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA GALDON GARCIA, PETRA VALERA HERRAIZ, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA Y VANESA MARÍN MAESTRO 2399

530 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN EL SERVICIO DE TELEFONÍA HOSPITALARIA
VICTORIA GARRIDO GARCIA, LAURA GALDON GARCIA, PETRA VALERA HERRAIZ, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA Y VANESA MARÍN MAESTRO 2405

531 OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS DE CENTROS HOSPITALARIOS
ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ, SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR, SUSANA NAVARRO CONTRERAS Y MERCEDES MURILLO GALAN 2411

532 RESGUARDANDO LA PRIVACIDAD: LA RESPONSABILIDAD LEGAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ, SUSANA NAVARRO CONTRERAS, MERCEDES MURILLO GALAN Y SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR 2419

533 **LA TRANSFORMACIÓN DE LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)**
ALMUDENA ESPINAR, MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ, SUSANA NAVARRO CONTRERAS, SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR Y MERCEDES MURILLO GALAN 2427

534 **EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
SARA VERGAZ TORRECILLA 2433

535 **EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE INGRESADO**
ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA, LAURA CORCUERA MARTIN, SANDRA RUIZ ORTEGA, ELENA EMILIA BOABES Y MARIA JOSE MENA MUÑOZ 2437

536 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE LOS ANIMALES DE LABORATORIO HOSPITALARIOS**
ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA, LAURA CORCUERA MARTIN, SANDRA RUIZ ORTEGA, ELENA EMILIA BOABES Y MARIA JOSE MENA MUÑOZ 2441

537 **EL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL DEL HOSPITAL**
ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA, LAURA CORCUERA MARTIN, SANDRA RUIZ ORTEGA, ELENA EMILIA BOABES Y MARIA JOSE MENA MUÑOZ 2445

538 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE DE PLANTA A LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA (UVI)**
ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA 2449

539 **FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL MANTENIMIENTO DE LA ELECTRICIDAD DE QUIRÓFANO**
VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI, JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ, DAVID GARCÍA BERNAL Y RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS 2453

540 **FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL CUADRO ELÉCTRICO DE LA PUERTA PRINCIPAL DEL HOSPITAL**
VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI, JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ, DAVID GARCÍA BERNAL Y RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS **2457**

541 **FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO ELÉCTRICO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**
VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ, MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI, JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ, DAVID GARCÍA BERNAL Y RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS **2461**

542 **CELADOR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PRÓTESIS DE CADERA**
SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ, ROCIO PULIDO LOPEZ, DANIEL BENEYTEZ MARTÍN, JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ Y ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO **2467**

543 **EL CELADOR INTERVIENE EN LA PATOLOGÍA DE HEMIPARESIA**
SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ, ROCIO PULIDO LOPEZ, DANIEL BENEYTEZ MARTÍN, JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ Y ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO **2471**

544 **EL CELADOR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA**
SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ, ROCIO PULIDO LOPEZ, DANIEL BENEYTEZ MARTÍN, JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ Y ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO **2475**

545 **PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EXPONEN UNA REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT**
DIVIS MAYLEN AMAYA MORALES, ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, CLAUDIA GARCÍA GARCÍA, NATALIA RODRIGUEZ GARCIA Y ATENEA PALOMARES GARCÍA **2479**

546 **EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**
MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ Y CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ **2483**

## Capítulo 1

# PILOMATRIXOMA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

## 1 Introducción

El pilomatrixoma es un tumor benigno de la piel, que se origina en el folículo piloso (estructura de la piel que forma el pelo). Suelen aparecer en cabeza y cuello y, normalmente, no se asocian a otros síntomas, sino que tienen aparición esporádica. Raramente malignizan, aunque pueden hacerlo, recibiendo el nombre de pilomatrix carcinoma.

No se conoce exactamente su etiología, aunque se han identificado mutaciones somáticas en el gen CTNNB1 en la mayoría de los pilomatrixomas esporádicos. Con menor frecuencia, los pilomatrixomas se asocian a síndromes, como el síndrome de Gardner, distrofia miotónica o síndrome de Rubinstein - Taybi.

En 1880, Malherbe y Chenantais llamaron originalmente a esta lesión ”epitelioma” porque pensaban que el origen celular era sebáceo. Forbis y Helwing propusieron el término pilomatrixoma en 1961 porque se dieron cuenta que el origen celular era la matriz del folículo piloso. Los autores, actualmente, proponen más

bien una diferenciación pan-folicular, pudiéndose diferenciar a matriz del pelo, cortical del pelo, infundíbulo folicular, vaina de la raíz externa y bulbo del pelo.

El pilomatrixoma se presenta, clínicamente, como un nódulo de entre 0,5 y 3 cm, asintomático, de localización dérmica y de crecimiento lento. Son pápulas o nódulos del color de la piel o blanco, que pueden tener áreas superpuestas de tonalidad rosa o azulada.

## 2 Objetivos

- Explicar la patofisiología e histología de los pilomatrixomas.
- Describir cuándo los pilomatrixomas han de entrar en el diagnóstico diferencial de otras patologías.

## 3 Caso clínico

Presentamos el caso de un chico de 10 años con una formación nodular del color de la piel de, aproximadamente, 1 cm, localizada en cuero cabelludo. Se procede a su extirpación quirúrgica, obteniéndose un fragmento fusiforme de piel de 1,5 x 1 cm que, al corte, presenta en dermis, una formación nodular de consistencia dura y coloración ligeramente amarillenta. Histológicamente, se observa una proliferación celular dérmica bien circunscrita y lobulada, compuesta por islas de células basalioides que presentan queratinización abrupta, sin intervención de una capa granular (queratinización triquilemal). Hay un tipo de células que son predominantes, las células ”fantasma”, que son rosadas y corresponden a sombras celulares de células ”muertas”. Hay poca actividad mitótica. Se observan áreas donde se produce reacción gigantocelular a restos de queratina, con granulomas y cristales de colesterol.

## 4 Discusión-Conclusión

El pilomatrixoma, o, anteriormente llamado, epitelioma calcificante de Malherbe, es un tumor benigno de la matriz del folículo piloso. Estos tumores pueden diferenciar a matriz del pelo, cortical del pelo, infundíbulo folicular, vaina radicular externa y bulbo piloso. Normalmente aparecen en población pediátrica en cabeza y cuello, aunque también se puede ver en brazos y tronco. En la cabeza, la región preauricular es la más frecuentemente afectada. Estos tumores solo aparecen en

áreas de pelo. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica. Suelen ser lesiones únicas. Cuando son múltiples, pueden estar asociadas a síndromes como la distrofia miotónica o el síndrome de Gardner, entre otros.

Algunos de los diagnósticos diferenciales que se pueden plantear con esta patología son:

-El carcinoma basocelular, que es más frecuente en pacientes más mayores y aparece en áreas expuestas al sol, normalmente con daño solar. Las células se disponen en empalizada en la periferia, y aparece además también un artefacto de retracción típico, así como mucina en el estroma. La actividad mitótica es más alta y se puede ver conexión con la epidermis. No se observan células anucleadas "fantasma". BerEP4 es positivo en los carcinomas basocelulares.

-Carcinoma basocelular con diferenciación matricial: en este caso se observan áreas típicas de carcinoma basocelular, como las que hemos descrito anteriormente, las cuales se mezclan con focos de diferenciación matricial, los típicos del pilomatrixoma.

-Pilomatrix carcinoma: se da en pacientes más mayores, y la mayoría aparecen de novo, más raramente a partir de un pilomatrixoma. Las células basalioides que lo componen son más pleomórficas, con nucleolos prominentes y alta actividad mitótica, necrosis o, rara vez, invasión vasculolinfática. Tienen un comportamiento local agresivo, con bordes infiltrativos, y la recurrencia local es frecuente. Es raro que den metástasis, más frecuentemente a ganglios linfáticos regionales y pulmón.

## 5 Bibliografía

Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. J Am Acad Dermatol. 1998 Aug;39(2 Pt 1):191-5. doi: 10.1016/s0190-9622(98)70073-8. PMID: 9704827.

## Capítulo 2

# EL CLÍNICO Y EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

FRANCISCO RAMÓN ORTUÑO MORENO

MARÍA ISABEL ORTUÑO MORENO

MARIA ASUNCIÓN PORTUGUES MANZANERA

ANA ISABEL PÉREZ EGEA

## 1 Introducción

En la práctica médica habitual es importante que exista una regular comunicación del médico clínico con el facultativo de microbiología, dado que hoy en día, con la creciente informatización y la ingente cantidad de trabajo que existe en no pocos hospitales, puede verse dada de lado la relación más directa y estrecha entre profesionales sanitarios a la hora de abordar estrategias para una mejora del funcionamiento y entendimiento entre dos servicios de un hospital. No hay que olvidar que la práctica asistencial, la atención que reciben los pacientes de un centro sanitario, debe ser el objetivo principal de todos los trabajadores de dicho centro, por lo que una adecuada coordinación entre servicios es indispensable.
Una de las dificultades comunes que pueden encontrar el clínico y el microbiólogo es la continua revisión de la nomenclatura taxonómica de los distintos microorganismos, sobre todo la que tiene que ver con las bacterias y los hongos, arrojando cada poco tiempo nuevos nombres y desechando otros, lo que puede causar confusión en el médico. Por fortuna, se pueden hallar en sitios web de

internet listas con los nombres de bacterias actualizados válidamente y publicados, y también con los nombres históricos de los microorganismos. Para los virus también existen bases de datos con la información actualizada.

## 2 Objetivos

Revisar las relaciones de comunicación entre los clínicos y los servicios de microbiología, incidiendo en la importancia de un ágil intercambio de información entre servicios, que redunde en una asistencia de calidad al paciente.

## 3 Metodología

En la elaboración del capítulo se ha realizado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, consultándose asimismo artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Entre las responsabilidades del clínico, sobre todo las del médico de enfermedades infecciosas, se encuentra un conocimiento de las distintas pruebas de laboratorio, de las normas para la correcta recogida y traslado de muestras, y de los procedimientos de las técnicas vigentes en el laboratorio. Es labor del médico clínico conocer las muestras adecuadas para la detección de microorganismos patógenos concretos y tener la capacidad de avisar al personal del laboratorio cuando se considera que puede existir un microorganismo de difícil crecimiento, ya que esta clase de microorganismos requerirán de medios de cultivo bajo condiciones especiales, y necesitarán un mayor tiempo de incubación.

El conjunto de pruebas que oferta el laboratorio ha de satisfacer las necesidades en la atención al paciente; por tanto, la selección de las pruebas y técnicas diagnósticas que estarán presentes la cartera de servicios del laboratorio deberá de hacerse en común conocimiento y acuerdo entre el laboratorio y los responsables médicos de otros servicios del hospital.

A la hora de seleccionar el tipo de muestra más apropiada entrarán en juego varios factores. Si la prueba diagnóstica requiere el aislamiento en cultivo, la muestra deberá contener microorganismos viables y habrá de tenerse en cuenta qué

bacterias pueden ser comensales posibles del lugar anatómico donde se recogió la muestra, y qué bacteria o bacterias serán potenciales patógenos. Esta interpretación la hará el microbiólogo durante la lectura de placas, y elaborará debidamente un informe para el clínico, en donde reflejará la información e interpretación microbiológica extraída del examen de dichos medios de cultivo.
Lo ideal es que las muestras se recojan antes de la administración de antimicrobianos, ya que éstos podrían inhibir el crecimiento de los patógenos que interese identificar posteriormente en el cultivo.

## 5 Discusión-Conclusión

Actualmente existe una tendencia de trasladar fuera del hospital los servicios de laboratorio, lo que ha dificultado una comunicación adecuada entre el personal facultativo del laboratorio y los médicos asistenciales.
También ocurre que estos cambios han incrementado el tiempo comprendido desde la recogida de la muestra hasta su envío al laboratorio, comprometiendo posiblemente la viabilidad de la muestra y retrasando la disponibilidad de los resultados. Este conjunto de modificaciones, unido a una serie de medidas para la reducción de gastos, dificultan de entrada la correcta y satisfactoria coordinación para el trabajo, lo que conduce a una gran necesidad de una activa colaboración entre médicos clínicos y microbiólogos.

## 6 Bibliografía

- Peterson LR, Hamilton JD, Baron EJ, et al. Role of clinical microbiology laboratories in the management and control of infectious diseases and the delivery of health care. Clin Infect Dis 2001;32:605-11.

- Medicare, Medicaid, and CLIA Programs. Laboratory requirements relating to quality systems and certain personnel qualifications. Fed Register 2003;68:3639-714.

- Murray PR, editor. Manual of Clinical Microbiology. 9th ed. Washington DC: ASM Press; 2007

## Capítulo 3

# EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ICTUS

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

NIEVES HEREDIA ALONSO

## 1 Introducción

El ictus presenta gran importancia a nivel epidemiológico en España por ser la principal causa de muerte entre las mujeres y la segunda en los hombres tras la cardiopatía isquémica (1). Su incidencia aumenta con la edad y, además; también es la primera causa de discapacidad grave en el adulto (se estima que dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de secuela) (2,3).
Existen 2 tipos de ictus:
• Isquémico: el 80% de los ictus son de este tipo. Ocurren cuando una arteria que perfunde al cerebro queda ocluida por un coágulo, reduciendo repentinamente el flujo de sangre y produciendo un infarto en el cerebro. También pueden producirse por la estenosis de una arteria cerebral ocasionada por la formación de una placa de ateroma (2).
• Hemorrágico: ocurren cuando se rompe una arteria en el cerebro y la sangre perturba el suministro de sangre y el equilibrio químico que requieren las neuronas para funcionar. Principalmente se producen debido a aneurismas, es decir, cuando se dilata en forma de globo una zona débil en las paredes de las arterias que termina rompiéndose. El factor de riesgo más importante para que esto ocurra es la hipertensión arterial (2).

Aunque esta patología aparece repentinamente, se puede prevenir, tratar y recuperar. En relación con ello, cabe destacar que el 90% de los casos de ictus se podrían evitar con una adecuada prevención de los factores de riesgo y una buena promoción de estilos de vida saludable (1,3).
Por esta razón, la enfermería adopta un importante papel en relación con los ictus, ya que desde los centros de atención primaria puede intervenir para promover su prevención de varias formas y, por otro lado; en el ámbito hospitalario cobra gran importancia desde la primera toma de contacto del paciente en el triaje de urgencias hasta que se le proporcionan los cuidados necesarios en la Unidad de Ictus.

## 2 Objetivos

Objetivo general:
- Revalorizar el papel de enfermería en relación con los ictus.

Objetivos específicos:
- Conocer algunas intervenciones de enfermería que se pueden llevar a cabo para prevenir los ictus.
- Descubrir las funciones del profesional de enfermería en un código ictus.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de literatura científica en las bases de datos científicas de Dialnet y Pubmed, seleccionando artículos procedentes de revistas científicas.
Se ha tratado de incluir artículos científicos cuya fecha de publicación fuera lo más reciente posible, siendo el más anterior del año 2020.
Para realizar las búsquedas científicas se han empleado los términos “enfermería”, “código ictus”, “unidad de ictus” y “prevención”; combinándolos con el operador booleano “AND”.

## 4 Resultados

1. Atención primaria:
La enfermera de atención primaria es la primera figura que puede intervenir para reducir la incidencia de los ictus llevando a cabo un adecuado control de los factores de riesgo, una buena promoción de los estilos de vida saludable y una

correcta educación sanitaria sobre la identificación temprana de los síntomas, ya que es una patología tiempo-dependiente.
Como en todas las patologías, existen distintos factores de riesgo que pueden predisponer a la persona a padecer una determinada enfermedad; estos se pueden dividir en modificables y no modificables (4).
En cuanto a los ictus y los factores de riesgo no modificables encontramos la edad (la probabilidad de sufrir un accidente isquémico se duplica/triplica a partir de los 50 años y aumenta aún más al pasar de década), la genética, el sexo y la raza (es más frecuente en pacientes de raza negra) (4).
Los factores de riesgo modificables son aquellos sobre los que puede actuar el profesional de enfermería mediante una adecuada educación y promoción de la salud. Entre ellos encontramos (4):
• Hipertensión arterial: constituye el factor de riesgo más importante (sobre todo para los ictus hemorrágicos). Mantener unas cifras tensionales en rango adecuado se ha relacionado con una reducción de la incidencia de los accidentes cerebrovasculares y con una disminución de posibles recidivas tras el evento.
• Diabetes mellitus.
• Hipercolesterolemia.
• Hábitos tóxicos como el alcohol y el tabaco.
• Obesidad.
• Uso de tratamientos anticonceptivos hormonales.
• Cardiopatías (especialmente la fibrilación auricular).
• Sedentarismo.
Por otro lado, la enfermera del centro de salud también puede realizar otro tipo de actividades destinadas a la prevención y a la educación para la salud como implementar carteles con los síntomas que aparecen cuando se produce un ictus en centros públicos o dar charlas en colegios y residencias para instruir a la población sobre la detección temprana de los síntomas del ictus.
Estos síntomas son (2):
• Entumecimiento o debilidad repentina, especialmente en un lado del cuerpo (característica la caída de la comisura de un lado de los labios hacia abajo).
• Confusión repentina, dificultad para comprender el lenguaje o disartria.
• Problemas en la vista con uno u ambos ojos.
• Dificultad repentina para caminar.
• Mareos o pérdida del equilibrio o coordinación.
• Cefalea severa repentina.

2. Urgencias:

El profesional de enfermería es el primer sanitario capacitado para evaluar la situación clínica de los pacientes en la mayoría de las zonas de triaje de los servicios de urgencias hospitalarias. Los métodos de triaje consisten en protocolos y escalas rápidas destinadas a clasificar y priorizar a los pacientes que necesitan atención urgente. Con un sistema de triaje preciso y con algoritmos adecuados, disminuye en gran medida la incidencia de eventos adversos, especialmente en enfermedades tiempo-dependientes (5).

Se ha demostrado la efectividad de los protocolos de triaje de esta patología en la reducción del tiempo desde la entrada al hospital del paciente hasta el tratamiento específico final por diferentes estudios, por ello es de vital importancia la presencia de profesionales bien cualificados para triar (5).

Actualmente, se utilizan diferentes métodos para realizar un triaje correcto del ictus, que se pueden aplicar tanto a nivel prehospitalario como hospitalario. Los más frecuentes y sencillos son el método FAST (Face/Arm/Speech/Time), el método FASTER (Face/Arm/Stability/Eyes/React) y la escala de Cincinnati (Facial Droop/Arm Drift/Speech); estos métodos son fáciles y rápidos de aplicar y tienen una buena sensibilidad para identificar posibles pacientes con ictus. Sin embargo, solo valoran la presencia de parálisis facial, debilidad de las extremidades superiores y alteraciones del habla y otras presentaciones como la disminución del nivel de conciencia, las alteraciones del comportamiento, cefalea y alteraciones oculares no son consideradas, y representan un total de un 25% de las presentaciones (5).

Cuando la sintomatología no es tan típica para encuadrarse en estos métodos se pueden utilizar las escalas ampliadas tipo NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) y MRS (Modified Rankin Scale) (5).

La escala NIHSS consiste en un recurso de evaluación sistemático, validado para detectar el ictus agudo, determinar su gravedad, orientar en el tratamiento adecuado y predecir el pronóstico del paciente. Es rápida de administrar (emplea 5-7 minutos) y requiere un equipo mínimo (5).

En cuanto a la MRS, esta se utiliza para detectar el estado previo y posterior del paciente al ictus agudo pero también para cribar qué pacientes deben ser tratados y cuáles no. Es una escala numerada desde 0 (ningún síntoma) hasta el 5 (discapacidad grave) y el 6 (muerte). En los ensayos de triaje de ictus permite dividir a los pacientes en dos grupos: aquellos que tienen una puntuación de 0 a 3 se consideran candidatos a tratamientos específicos como los endovasculares (si cumplen el resto de los requisitos). Por el contrario, los que obtienen una puntuación mayor de 3 no optarán a este tipo de tratamientos. Una limitación de esta escala es la determinación subjetiva entre categorías y la dificultad para

reproducir la puntuación por parte de examinadores y pacientes (5).
Por otro lado, estas son las actividades a llevar a cabo por el profesional de enfermería dentro del box de urgencias (2):
• Toma de constantes: TA, FC, SpO2, FR, Tª. (Realiza también la escala de coma de Glasgow).
• Administración de oxigenoterapia para conseguir una SpO2 > 95%.
• Si es preciso se coloca un Guedel y se aspiran secreciones (tener preparado material por si fuera necesario intubar).
• Canalización de una vía venosa periférica y extracción de analítica sanguínea (bioquímica, hemograma y coagulación). También será necesaria una analítica de orina para estudiar posibles tóxicos.
• Realización de ECG (permite ayudar a definir si la etiología es cardioembólica o no).
• Cursar una Rx de tórax, un TAC craneal urgente en menos de 30 minutos y avisar a neurología para hacer una eco Doppler transcraneal.
• La posición cefálica se adaptará a la situación de cada paciente; se elevará el cabecero de la cama a la posición de semi-fowler si se sospecha de hipertensión intracraneal y se mantendrá sin elevación si por el contrario se sospecha de trombosis en una arteria.
• Aportar apoyo emocional al paciente y los familiares.
• Administrar el tratamiento prescrito.
• Realizar balance hídrico para controlar la hipertensión intracraneal.
Por último, cabe destacar que el código ictus se activa ante una puntuación en la escala de Rankin menor o igual a 2 y un déficit neurológico que lleve menos de 4.5-6 horas de evolución siempre que el paciente no tenga ninguna contraindicación para la fibrinólisis (2).

3. Hospitalización-Unidad de Ictus:
La Unidad de Ictus (UI) consiste en un espacio concreto del hospital; generalmente ubicado en un área definida dentro del servicio de Neurología (o en Medicina Interna si no hay sección de Neurología en dicho hospital) y que tiene un número limitado de camas que disponen de monitorización continua no invasiva. A nivel personal está compuesta por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado y entrenado en el cuidado del paciente con ictus agudo bajo protocolos de actuación (3).
Estos servicios han demostrado su eficacia en la disminución de la mortalidad y en la mejora de la independencia de los pacientes (3).
No hay un periodo de tiempo establecido para estos pacientes en esta unidad, aunque cabe destacar que el beneficio que aporta la UI disminuye a medida que

avanzan los días desde el ictus; por ello se recomienda la estancia durante la fase más aguda y con mayores probabilidades de complicaciones, que suelen ser las primeras 48-72 horas (individualizando siempre cada caso) (3).

Existen ciertos criterios de ingreso en la unidad de ictus, de forma general, todo paciente con ictus agudo con una calidad de vida razonable y con una esperanza de vida no limitada a corto plazo podrá ser beneficiario de los cuidados que se dan en una UI (hasta el 80% de los casos de ictus agudo). De forma más específica, algunos de estos criterios son (3):

• Ictus de <48 horas de evolución.

• Pacientes con síntomas de >48 horas de evolución si se trata de un ictus inestable o fluctuante de territorio cerebrovascular (a criterio del médico de urgencias/neurólogo o internista de guardia).

• Todo paciente sometido a terapias de reperfusión en fase aguda del ictus (fibrinólisis intravenosa y/o trombectomía) y que no padezcan complicaciones derivadas del procedimiento que requieran ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI).

• Pacientes con trombosis venosa cerebral o hemorragias subaracnoideas que no cumplan criterios de ingreso en UCI.

Independientemente de los criterios anteriores, tendrán mayor prioridad los ictus de menos de 6 horas de evolución, los de gravedad intermedia con puntuación de NIHSS entre 6 y 20 puntos y los más jóvenes (menores de 65 años). Sin embargo, los estudios demuestran que se consigue beneficio en todos los pacientes con ictus agudo independientemente de la edad, el sexo, la gravedad del déficit neurológico al ingreso y el subtipo etiológico del ictus (3).

Mientras el paciente permanezca en esta unidad, el personal de enfermería deberá llevar a cabo la monitorización continua no invasiva de 5 parámetros: frecuencia cardiaca, tensión arterial, saturación de oxígeno, glucemia y temperatura.

La monitorización de la frecuencia cardiaca es de vital importancia debido a que las arritmias cardiacas están entre las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en la fase aguda tanto de los ictus de origen isquémico como hemorrágico y pueden ser potencialmente graves. Además, permite determinar la etiología del ictus (cabe destacar que la fibrilación auricular es la causa más frecuente del ictus cardioembólico) y facilita la toma de decisiones terapéuticas (por ejemplo, limitar el uso de fármacos utilizados frecuentemente para el manejo de la presión arterial, como los betabloqueantes, en pacientes con bradicardia) (6).

En cuanto a la tensión arterial, es importante conocer que la hipertensión arterial es muy frecuente en la fase aguda de un ictus debido a un mecanismo compen-

satorio que ocurre en el organismo ante la caída de la perfusión cerebral. Unas cifras de presión arterial por encima del rango adecuado pueden derivar en complicaciones como la transformación hemorrágica del infarto o el crecimiento de los hematomas en caso de un ictus hemorrágico. La frecuencia con la que se debe medir y las cifras objetivo varían en función de si el ictus es isquémico o hemorrágico (6).

Por otro lado, la medición de la saturación de oxígeno es importante para prevenir el deterioro neurológico asociado a la hipoxemia. Hay que tener en cuenta que se deben mantener saturaciones >94% para limitar el daño celular, salvo en pacientes retenedores de CO2 y en sospecha de SAOS (6).

En lo referido a los valores de glucosa en sangre, cabe destacar que la hiperglucemia en el ictus agudo aumenta el daño cerebral isquémico agudo, es bastante frecuente y se correlaciona con un peor pronóstico vital y funcional. En las primeras 48 horas de un ictus isquémico, se desaconseja la infusión de sueros glucosados. Se deben intentar mantener rangos entre 140-180 mg/dl de glucosa. En pacientes que están en dieta absoluta se realizarán controles cada 6 horas y en pacientes que comen, se llevarán a cabo controles prepandiales (6).

La temperatura también es importante controlarla en los casos de ictus agudo ya que se asocia a una peor evolución neurológica. Existen estudios que afirman que entre el 25-50% de los pacientes que sufren un ictus isquémico agudo sufren de fiebre, la cual es todavía más común en caso de déficits graves, edema cerebral o transformación hemorrágica. Se deberá tomar la Tª cada 4 horas durante las primeras 48/72 horas y luego cada 8 horas (6).

Otro factor que se debe valorar en este tipo de pacientes es la existencia de disfagia, una complicación común tras un ictus. Antes de que el paciente comience la dieta oral se debe comprobar que exista reflejo facial, faríngeo y nauseoso mediante el test MECV-V para valorar la necesidad de utilizar espesantes. Las ingestas de deberán realizar en posición de Fowler y los alimentos se tendrán que introducir en el lado de la boca que no esté afectado. Tras la ingesta, es necesario comprobar que no quedan restos en la cavidad oral y no tumbar al paciente hasta que haya pasado media hora (4).

Para finalizar, como tratamiento específico del ictus isquémico se administrarán medicamentos destinados a restablecer el flujo sanguíneo cerebral. Se utilizarán antitrombóticos, antiagregantes plaquetarios y trombolíticos (en general estos últimos se aplicarán en ictus agudos isquémicos de menos de 4-5 horas de evolución). El tratamiento trombolítico de elección es la alteplasa o Rtpa; se administran 0,9 mg/kg, siendo la dosis máxima de 90 mg. El 10% de la dosis total se debe administrar en bolo durante 1 minuto y el resto de la dosis se debe infundir

durante 1 hora mientras se vigila estrictamente la TA (2).

## 5 Discusión-Conclusión

El ictus es una patología común en nuestro medio; tiene mayor prevalencia en pacientes de edad avanzada pero también ocurre en pacientes más jóvenes y puede producir grandes secuelas e incapacidad.
La enfermería adopta un papel fundamental tanto en la prevención como en el tratamiento del ictus agudo y sus cuidados son esenciales también para evitar graves complicaciones garantizar una correcta recuperación y una buena calidad de vida tras la hospitalización.
Por último, el trabajo que se realiza en las unidades de ictus es de gran complejidad ya que se proporcionan unos cuidados semi-intensivos. Por ello, por un lado, las enfermeras que trabajan en este ámbito deben tener una gran disciplina y responsabilidad para estar siempre actualizadas en lo que respecta a los mejores cuidados y, por otro, deben tener una gran calidad humana para aportar apoyo emocional y calma al paciente y los familiares que atraviesan un evento tan traumático como es el de un ictus.

## 6 Bibliografía

1. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Neurología. 2020 [acceso el 13 de agosto de 2023]; 38 (6): 419-426. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302917.
doi: https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.025.
2. García Tovar M, Guerrero Fuertes P, Mora Fernández M, Collados Pérez-Hiraldo MP, Alastrué Núñez E, Esteban Lezcano A. Actuación de enfermería en urgencias ante un accidente cerebrovascular (ACV). RSI [revista en Internet]. 2023 [acceso el 13 de agosto de 2023]; 4(3). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-en-urgencias-ante-un-accidente-cerebrovascular-acv/
3. Lasheras García J, Adell Ruiz R, Gil Mombiela B, Borobia Bonel R, Celiméndiz Ferrández I, Ibáñez Torres M. Unidad/Área de Ictus. RSI [revista en Internet]. 2022 [acceso el 13 de agosto de 2023]; 3(6). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/unidad-area-de-ictus/

4. Villagrasa Alloza M, Suárez Gorris MP, Sanz Rosa J, Heredia Diez VB, Torralba Elía L, Torralba Elía M. Cuidados de enfermería al paciente con ictus. RSI [revista en Internet]. 2021 [acceso el 14 de agosto de 2023]; 2(12). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-ictus/
5. Rodríguez Vico A, Sánchez Hernández F. Triaje por enfermería en el ictus agudo. Enfermería Glob [revista en Internet]. 2021 [acceso el 15 de agosto de 2023]; 20(64): 108-130. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400108&lng=es.
Epub 25-Oct-2021. doi: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.465261.
6. Tercero Navarro MI, Catalán Sánchez C, Asensio Escolano MJ, López Ortiz S, Julián Herrero E, Lalinde Lidón B. Importancia de la monitorización multiparámetro no invasiva en la unidad del ictus. Artículo monográfico. RSI [revista en Internet]. 2021 [acceso el 18 de agosto de 2023]; 2 (11). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-monitorizacion-multiparametro-no-invasiva-en-la-unidad-del-ictus-articulo-monografico/

## Capítulo 4

# CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA REAGUDIZADA

ANA ESTIBALIZ ARMIJO PRADALES

## 1 Introducción

Las unidades de asistencia domiciliaria son servicios cada vez más frecuentes en la sociedad, siendo una unidad compuesta por profesionales de la salud que apoyan a los pacientes que desean y pueden completar un tratamiento en su propio domicilio. Entre dichos profesionales se encuentra la figura de enfermera de atención domiciliaria.

El servicio de atención domiciliaria pretende ser una prestación que cubra el salto entre el hospital y la atención primaria. Por ello, aunque se presten muchos cuidados intrahospitalarios, también se intenta fomentar la autonomía del paciente y/o cuidador principal, ya que es un requisito imprescindible la colaboración para ingresar con esta unidad. Además, de dotar una asistencia personalizada, y material informativo de soporte en formato papel o charla.

Mediante este trabajo se va a exponer un caso clínico de un paciente con reagudización de una insuficiencia cardiaca (IC), con un manejo desde su domicilio, al realizar un ingreso con la unidad de enfermería domiciliaria.

Se procederá a la exposición del caso, recogiendo los datos y mediciones obtenidos durante la exploración, descripción de las medidas tomadas y su análisis de problemas y necesidades. De tal manera que el caso nos oriente hacia en-

tender y valorar la función de enfermería en estos servicios cada vez más implantados en el sistema sanitario.

## 2 Objetivos

- Describir un caso clínico de un paciente con insuficiencia cardiaca reagudizada.
- Explicar la patología de insuficiencia cardiaca aguda y sus principales problemas.
- Conocer el trabajo que se realiza desde enfermería domiciliaria con pacientes de patología crónica.

## 3 Caso clínico

Varón de 80 años, acude a urgencias el 13/12/14 debido a una disnea que ha ido en aumento en los últimos días. Parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria (AVD), mantiene disnea basal de mediano esfuerzo, no fiebre objetivada durante estancia en urgencias, pero sí sensación distérmica con sudoración intensa nocturna. Tos con expectoración oscura en los últimos días y defecación diarreica durante la noche. Buena respuesta al paracetamol 1g y flurosemida 20mg endovenosa (se le da de alta a hospitalización domiciliaria). Mantiene saturación basal de 85%. Presenta crepitantes a la auscultación, sin dolor torácico ni abdominal. No DPN (disnea paroxística nocturna). Nicturia que ha progresado.

Antecedentes personales de cardiopatía isquémico-hipertensiva en fase de miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular, DVI (disfunción ventricular izquierda), además de presentar fibrilación ventricular paroxística. Episodio de IC hace dos meses, infarto cerebral isquémico en ACMD (arteria cerebral media derecha) tratamiento con fibrinólisis intravenosa y buena respuesta (2003), y probable enfermedad de Alzheimer r/c enfermedad vascular cerebral (2012). Diagnosticado de adenocarcinoma (ADC) prostático, identificada en analíticas hipercolesterolemia, hiperuricemia. Intervenido quirúrgicamente previamente de apendicitis.
Datos obtenidos de la exploración física del 13/12/14: Paciente con buen estado de hidratación, palidez de piel y mucosas, presencia de taquipnea, con respiración abdominal y ligero tiraje subclavicular. Ambas carótidas simétricas y sin presencia de soplos ni ingurgitación. Presencia de crepitantes gruesos en ambas bases e hipoventilación en base derecha. Soplo sistólico polifocal III/VI de predominio

mitral. Abdomen blando y depresible, sucusión renal negativa, pulsos periféricos presentes, no edemas bimaleolares, no signos de TVP. Presencia de Abbocath en ESD nº 22.

La analítica de sangre realizada el 13/12/14 (hemograma y bioquímica) muestran resultados dentro de la normalidad a excepción de: Plaquetas: 104 x 109; Tiempo de protrombina: 28 seg; Actividad de protrombina: 28%; A.P.T.T: 42,8 seg; Srm-Urea: 46 mg/dl y Srm-proteina C reactiva, g: 23,1mg/l.
Tras la valoración del paciente realizada el 15/12/14 por la unidad de hospitalización domiciliaria se obtienen estos datos: P/A: 130/101mmHg; FC: 55lpm; Tª axilar: 37.1ºC; FR: 36 r/m; Sat, O2 con gafas nasales a 2L: 95%; Diuresis: 1500ml; Ingesta hídrica aproximada: 500ml. Paciente consciente y orientado. No uso abusivo de sustancias tipo tabaco o alcohol. No alergias conocidas. No antecedentes familiares de interés.
Dispone de cuidador principal (mujer), no vacunado de gripe este año y actitud colaboradora ante el ingreso en su domicilio.
Tratamientoto. Habitual anterior al ingreso VO: Seguril 40mg (1/día), Zyloric 100mg (1/día), Deprax 100mg (0.5/día), sintrom 4mg x2 (2 días ½ y 1 día ¼), Pantok 10mg (1/día), Astudal 5mg (1/2 /día), Parapres 16mg (1/día), Uniket 20mg (2/día), Depakine Crono 500mg (2/día), Prometax 4.6mg/24h (1/día) y Blokium 50mg (1/2 /día).

## 4 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería en unidades especializadas es cada vez más relevante, y es importante que el personal sanitario sea integrado, de manera que los pacientes candidatos a una hospitalización hospitalaria puedan recibir la mejor atención, pero desde un medio menos hostil que el hospital. Además, que las enfermeras conozcan las peculiaridades, signos, síntomas y posibles complicaciones de una insuficiencia cardíaca, para que, cómo es en este caso, cuando haya una reagudización sepan identificarla, entiendan los tratamientos prescritos, permite que se puedan orientar los cuidados de la manera más adecuada.
Debido a todo esto, junto al hecho de la creación de nuevos modelos de atención enfermera a pacientes con enfermedades crónicas, la referencia de un caso clínico que reúne una intervención domiciliaria y una enfermedad crónica cardíaca, puede ser susceptible de interés para otros profesionales sanitarios.

# 5 Bibliografía

1. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru y Camila Takáo Lopes, Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023, 12.ª ed.
2. Borja Ruiz-Mateos, Juan Carlos García-Rubira, El manejo del paciente con insuficiencia cardiaca aguda. Evidencias del tratamiento betabloqueador. cardiocore.2011;46(1):13–17.
3. Markku S. Nieminen et al. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. Rev.Española de cardiología. 2005:58(4):389-429.

## Capítulo 5

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA CON PACIENTES CRÓNICOS QUE SE ENCUENTRAN EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

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 medico 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 esta 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

Definir que es una enfermedad crónica desde el punto de vista de la OMS.
Citar y explicar algunas enfermedades crónicas que son de importante mención.

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.
Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Como hemos podido ver, la OMS explica que las enfermedades crónicas no se transmiten de una persona a otra, son de una duración bastante larga y suele evolucionar despacio. Por otro lado, la OMS nos dice que existen 4 enfermedades crónicas consideradas como las más importantes a nivel mundial y son las siguientes:
Las enfermedades cardiovasculares, lo cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.
Estas enfermedades son las más importantes pero no las únicas. En este apartado vamos a citar y explicar algunas enfermedades crónicas que son de importante mención:

Artritis: esta enfermedad afecta a todas las articulaciones y también a otros tejidos conectivos. Lo que provoca es dolor y rigidez en las articulaciones.
Hipertensión: según estudios realizados, en todo el mundo mueren al año más de 7 millones de personas debido a la hipertensión. Esta enfermedad lo que provoca en la persona que la padece es un aumento de presión arterial de forma sostenida. Esta enfermedad no tiene cura pero lo que sí se puede hacer es controlarla a través de medicación y cambiar el estilo de vida de la persona que la sufre.
Trastorno bipolar: esta enfermedad es una alteración mental. La persona que la sufre experimentan cambios repentinos en su estado de ánimo que pueden llegar hasta la depresión.
Enfermedad de Crohn: es una enfermedad que se produce inflamación del intestino y provoca cólicos, diarrea, pérdida de peso, etc.
Epilepsia: consiste en una alteración cerebral que provoca convulsiones en la persona que la sufre. La enfermedad en sí no tiene cura pero se puede tratar con medicación.
Párkinson: es un trastorno del movimiento que origina temblor, lentitud en los movimientos, rigidez e inestabilidad para caminar. Esta enfermedad tampoco tiene cura.
Esclerosis múltiple: es una enfermedad autoinmune. Tampoco tiene cura. Hay tratamientos para ralentizar su avance.

## 5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que hoy en día existe un alto porcentajes de muertes a nivel mundial provocadas por las enfermedades crónicas.
Son muchas las enfermedades crónicas que nos podemos encontrar y que por desgracia, no existe una cura para ella, solo algún tratamiento para minimizar los síntomas o para ralentizar su avance.
Por otra parte, también es importante decir que sobre algunas enfermedades crónicas hay pocos estudios.
En mi opinión, creo que se debería de investigar algo más sobre estas enfermedades para intentar buscar un fármaco que pueda curarlas.
También decir que el personal de enfermería juega un papel muy importante, ya que cuando un paciente con una enfermedad crónica no puede acudir al centro de salud, son los enfermeros los que acuden a su domicilio a atenderle.

# 6 Bibliografía

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

## Capítulo 6

# FUNCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL CIMATERIO DE LA MUJER

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

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 medico 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 esta 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

Definir que es el climaterio y enumerar las fases de las que consta.
Detallar las recomendaciones por parte del personal de enfermería a pacientes que sufren climaterio.

## 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 llamado climaterio forma parte del ciclo vital de una mujer, que abarco un período de tiempo extenso en el tiempo. Este proceso normal de la mujer debe tenerse en cuenta desde el punto de vista asistencial sanitaria para poder atender a la mujer, evaluar los signos y síntomas que pueda producirse a atravesar esta fase. En este proceso asistencial se debe realizar una serie de recomendaciones durante toda lase y no sólo en la llamada menopausia.
Las enfermeras de atención primaria pueden aportar una serie de recomendaciones como:
Dieta equilibrada. Durante el climaterio existe una tendencia al sobrepeso, por ello es recomendable seguir una dieta que limite la ingesta de grasas, se debe

consumir pescados azules y blancos por el aporte de ácidos grasos esenciales omega-3, sustitutos de grasas animales como galletas o embutidos con nutriente
-Ricos en grasas insaturadas de origen vegetal (aceite de oliva) aumentan el consumo de frutas y verduras con muchas vitaminas y fibra y reducen el consumo de huevos, patatas, azúcar y legumbres. Llevar una buena hidratación, un litro y medio al día y mantener un IMC no superior a 25.

Actividad física diaria. El ejercicio aporta grandes y múltiple beneficios, disminuye los niveles de colesterol, controla la presión arterial alta y también optimiza el estado de ánimo y la calidad del sueño. Varios estudios estudios confirman que el ejercicio aeróbico disminuye las probabilidades de pérdida cognitiva o la enfermedad de Alzheimer. La Sociedad Europea de Cardiología recomienda caminar entre 30 y 45 minutos al día cinco días a la semana.

Exposición al sol. La investigación evidencia la importancia de mantener niveles óptimos y estables de vitamina D en mujeres en las mujeres en fase climatérica. Esta vitamina es fundamental para la absorción de calcio, que tiene un efecto directo en el fortalecimiento de los huesos.

Satisfacer la sexualidad. La sexualidad se debe traducir en comunicación, crecimiento espiritual y expresión de afecto. Las mujeres en la fase climatérica pueden y deben disfrutar de la sexualidad. En algunas ocasiones algunas mujeres pueden sentir molestias y para ellos se debe recomendar Usar lubricantes vaginales para prevenir la sequedad e irritación vaginal. También es importante educar sobre los mejores métodos anticonceptivos adecuados para la pareja, ya que aunque la fertilidad disminuye con la edad, existe el riesgo de embarazo. Los más utilizados según los estudios son los condones, los métodos quirúrgicos, la píldora y el DIU se encuentran entre los más utilizados.

Evitar la osteoporosis. Realizar a las mujeres en esta fase y que tenga algún factor de riesgo una densiometría que consiste en una prueba indolora que se puede utilizar para evaluar la densidad mineral ósea.

Optimismo y vitalidad. Mantenerse positiva y recordar que se está atravesando un nuevo período de madurez personal. Para aliviar el insomnio y poder pasar el resto del día con vitalidad, se recomienda que te acuestes siempre a la misma hora, no comas comidas copiosas, hagas ejercicio durante el día.

Fortalecer el suelo pélvico. El suelo pélvico debe estar fuerte y estirado para prevenir prolapso, problemas sexuales e incontinencia urinaria. La mejor prevención para prevenir el desarrollo de un suelo pélvico debilitado es el ejercicio de Kegel.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podríamos decir que esta etapa climatérica no es en absoluto patológica, sino que se debe considerar como una etapa más en el ciclo de la mujer teniendo en cuenta el incremento de la esperanza de vida que posee las mujeres actualmente.
Es de suma importancia que el personal de enfermería posea conocimientos y las habilidades educativas necesarias para la promoción y prevención de la salud durante el ciclo reproductivo de la mujer. Por ejemplo de unas de las enfermedades que se deben prevenir o atajar es la osteoporosis cuando el climaterio se adelanta o no se toman las medidas necesarias.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 7

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

JOSÉ MIGUEL LÓPEZ GARCÍA

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

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 medico 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 esta 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

- Analizar el papel de enfermería en cuanto a los pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Describir cómo es el manejo de enfermería en los pacientes con esta enfermedad.

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.
Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Para poder diagnosticar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es necesario realizar las siguientes pruebas médicas:
- Pruebas de la función pulmonar. Estas pruebas miden la cantidad de aire que el paciente puede inhalar y exhalar, y si los pulmones proporcionan suficiente oxígeno a tu sangre. Esta prueba se le llamada espirometría y consiste en soplar en un tubo grande que se encuentra conectado a una máquina pequeña para medir cuánto aire pueden contener los pulmones y con qué rapidez pueden expulsarlo. También hay otras pruebas incluyen la medición del volumen pulmonar

y la capacidad de difusión, la prueba de caminata de seis minutos y la oximetría de pulso.
- Rayos X del tórax. A través de una radiografía de tórax se puede ver si ha enfisema, que es una de las principales causas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. A demás, con rayos X también se pueden descartar otros problemas de tipo pulmonar o cardiaco.
- Tomografía computarizada. La tomografía computarizada de los pulmones puede ayudar a detectar el enfisema y determinar si la cirugía para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica podría ser una buena opción para el paciente. Las tomografías computarizadas también pueden emplearse para detectar el cáncer de pulmón.
-Análisis de gas de la sangre arterial. Con este análisis de sangre se puede medir si los pulmones llevan el oxígeno a la sangre y eliminan el dióxido de carbono de forma correcta.
- Pruebas de laboratorio. Las pruebas de laboratorio se realizan para determinar cuáles son las causas de los síntomas o para poder descartar otras afecciones.
Las personas que tienen EPOC de forma leve necesitan poca terapia aparte de dejar de fumar. En las etapas más avanzadas de la enfermedad hay una terapia eficaz que puede controlar los síntomas, retrasar la progresión, reducir el riesgo de complicaciones y exacerbaciones, y mejorar la capacidad de poder llevar una vida activa.

## 5 Discusión-Conclusión

De todos los tratamientos está claro que la mejor forma es la de no fumar además es lo más útil desde el punto de vista preventivo. La EPOC tiene una incidencia alta. Además de abandonar el tabaco otras maneras de prevención es no estar expuesto a irritantes como el humo, la contaminación del aire, los gases químicos y el polvo.
Si aparece cualquier síntoma o sensación de falta de aire o dificultad para hablar es necesario que el paciente asista al centro de salud u hospital lo más temprano posible. Una vez allí pondrán tratamiento sintomático y la enfermera realizará sus intervenciones preventivas o curativas mediante sus cuidados.

## 6 Bibliografía

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

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

## Capítulo 8

# ALTERACIONES DE LA CONSCIENCIA Y COMA

VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ

## 1 Introducción

El coma es una situación grave y urgente en la que el paciente tiene alterado su nivel de consciencia. La persona no responde de forma adecuada a los estímulos externos, o directamente no responde. De ahí la importancia de reconocerlo a tiempo y actuar sobre ello. En muchas ocasiones progresa hacia la muerte sin remedio.
Los trastornos más importantes son las convulsiones, síncopes y lipotimias.
Distinguimos entre distintos tipos de coma según su causa, estas son isquemia, hipoxia, alteraciones metabólicas, hipertensión intracraneal, infección, hemorragia intracerebral y lesiones ocupantes de espacio.
Los cuidados más inmediatos antes estos pacientes son:
- Poner al paciente en una posición segura.
- Confirmar el estado de coma.
- Vía aérea permeable y oxigenoterapia.
- Valoración constante para comprobar cambios en el estado del paciente.
- Colocación de catéter intravenoso para administración de líquidos y fármacos y extracción de muestras.
- Sonda nasogástrica y vesical.
- Gasometría.

Entre los cuidados posteriores cabe destacar:
- Grado de respuesta, a través de una valoración constante del paciente.
- Control exhaustivo de signos vitales.

- Control de diuresis.
- Mantener equilibrio hidroelectrolítico.
- Aspiración de secreciones cuando precise.
- Posición cómoda, proteger los ojos.
- Prevenir y controlar las posibles complicaciones que pueden aparecer.

Con respecto a las convulsiones, suelen implicar daño cerebral y pueden ser causadas por una alteración del sistema nervioso central (SNC), como la epilepsia, o por alteraciones metabólicas o sistémicas, como la hipoglucemia severa o la hipertermia.

En la epilepsia, las crisis pueden ser de dos tipos:

- Parciales o focales: no suelen alterar la consciencia, pueden ser motoras, sensitivas, mixtas, vegetativas y complejas. No suelen ser una urgencia de verdad y por lo general requerirá de tratamiento para controlarlas.
- Generalizadas: crisis en las que sí se altera el estado de consciencia. Pueden ser de ausencia, ausencia con alteraciones motoras, espasmos infantiles, crisis clónicas, tónicas, tónico-clónicas (gran mal) o atónicas. Ya que en estas sí habrá una alteración de la consciencia, si requerirán de los cuidados inmediatos arriba descritos.

Cabe destacar dentro de las convulsiones el estatus epiléptico, que sí es considerado como una urgencia médica, ya que conlleva largos periodos de apnea por parte del paciente, que si no se trata podría acabar con la muerte del mismo. Hablaremos de estatus epiléptico cuando:

- Las crisis sean tan repetidas que no se permite el estado de consciencia entre dos o más de ellas.
- Crisis de más de diez minutos de duración.
- Más de dos crisis en una hora sin que haya recuperación entre ellas.

Respecto al síncope, es una pérdida de consciencia breve por falta de irrigación cerebral. Sus causas más comunes son una respuesta vagal exagerada, hipotensión ortostática, hiperventilación y enfermedades cerebrovasculares.

## 2 Objetivos

- Importancia de valoración neurológica.
- Conocer las diferentes alteraciones del nivel de consciencia.
- Exponer los cuidados inmediatos y posteriores de estas alteraciones.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Cuando hablamos de coma debemos diferenciarlo de otros estados de consciencia, entre los que destacan:
- Sueño: es una actividad cerebral normal.
- Obnubilación: más horas de sueño y respuestas más lentas. Disminución del estado de alerta.
- Estupor: cursa con sueño profundo, sólo reversible con estímulos fuertes. Una vez cesa el estímulo se vuelve al sueño.
- Coma: estado no reversible con estímulos, no hay movimientos voluntarios.

Podemos clasificar los tipos de coma según su mecanismo de producción:
- Con afectación de corteza cerebral:

Coma Craneal: el área afectada puede ser supratentorial o subtentorial.
Hay una disminución neurológica focal y se suele producir por traumatismo craneoencefálico (TCE), epilepsia, problemas vasculares como isquemia cerebral, infecciones como meningitis o tumor cerebral.
- Con afectación del sistema reticular activador ascendente (SRAA):

Coma Extracraneal: este tipo de coma suele estar provocado por alteración de la respuesta neuronal, como la epilepsia o una intoxicación, o la interrupción de procesos metabólicos y del aporte de energía, como una hipoglucemia. En estos casos no suele estar acompañado de disminución neurológica focal.
Existen otro tipo de procesos en los que el paciente puede llegar a una situación de coma, pero por diferentes causas, algunas de ellas son:
- Epilepsia: resultado de una alteración del SNC, en la que el paciente puede entrar en estatus epiléptico y en coma.
- Coma por TCE: una de las mayores causas de mortalidad en menores de 45 años en los países desarrollados.
- Coma de origen vascular: causado por ictus hemorrágicos o isquémicos, encefalopatía hipertensiva o hematoma cerebral.
- Coma de origen infeccioso: causado por meningitis, encefalitis o por un absceso cerebral.

- Coma por tumor cerebral: más frecuente entre los 30-50 años.
- Coma por hipoxia.
- Alteraciones metabólicas: las más comunes son las relacionadas con la glucosa.
- Encefalopatía hepática: se forma un acúmulo de neurotoxinas en el cerebro por alteración del metabolismo de las ureas.
- Intoxicaciones.
- Hipertermia-Hipotermia.
- Choque (shock).
- Coma histérico, de difícil diagnóstico, cuando se han agotado las otras opciones.

## 5 Discusión-Conclusión

El coma es una de las alteraciones neurológicas más graves que existen, y que suponen para el equipo médico y enfermero del paciente una situación de urgencia en la que se requiere de gran experiencia, y actuar de forma urgente para salvaguardar la vida del paciente.
Lo más importante de este trastorno es la valoración constante del enfermo por parte de su equipo, para comprobar cambios y así poder actuar en consecuencia.
El coma es a menudo una situación irreversible en la cual, aun ofreciendo todos los medios de los que disponemos, puede llevar a la muerte del paciente. Pero hoy en día han mejorado notablemente las opciones de supervivencia gracias a los avances en medicina y tecnología, y también al gran profesionalismo de los equipos sanitarios, en este caso sin dejar de mencionar el equipo del paciente crítico, como sería en este caso este tipo de paciente.

## 6 Bibliografía

- Álvarez Porrero JM, Romero-Nieva Lozano J. Guía de Intervención Rápida de Enfermería en Situaciones Urgentes. 2ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE): 2011.
- López Ortega J. Morales Asencio JM, Quesada Moya A. Cuidados al paciente crítico adulto. Serie Cuidados Avanzados. Madrid. Difusión Avances de Enfermería (DAE): 2007.
- SAMUR- Protección Civil. Manual de Procedimientos 2017. Madrid: SAMUR, 2017 (citado 30 junio 2017) Disponible en www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/01_AcercaSAMURProtecciónCivil/Ficheros/manualSamur.pdf

## Capítulo 9

# REVISIÓN BIBLIOGRAFÍCA: EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

## 1 Introducción

Una de las claves para una asistencia sanitaria de calidad es la buena comunicación entre todas las personas implicadas en la asistencia sanitaria: profesionales sanitarios, profesionales no médicos y usuarios (pacientes y familiares).
Por ello, es importante entender qué es la comunicación, sus elementos, tipos de comunicación, habilidades de escucha activa y barreras comunicativas que podemos crear con los usuarios. La comunicación es el intercambio de mensajes entre dos o más personas para dar y recibir información.
Por tanto, podemos decir que la comunicación es un proceso inevitable en cualquier interacción. Las enfermeras interactúan diariamente con todo el sistema sanitario.

La falta de formación en esta área hace que el uso de esta poderosa e importante herramienta en la práctica diaria sólo pueda depender del azar y la experiencia personal. Históricamente, la práctica de la enfermería sanitaria ha puesto menos énfasis en desarrollar una comunicación efectiva y eficiente para mejorar otras habilidades y conocimientos científicos necesarios para mejorar todos los aspectos de nuestro trabajo, así como la salud pública en el sector privado brindada a los pacientes y mayores niveles de satisfacción del usuario. Sin embargo, como mencionamos anteriormente, las habilidades y técnicas adecuadas para una buena comunicación también son importantes en todo el campo de la salud y en todos los trabajos.

## 2 Objetivos

- Identificar los principios y fundamentos de las habilidades necesarias para realizar una comunicación eficaz en Enfermería.

## 3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: comunicación, personal, Enfermería, sanitariOo.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre la comunicación del personal no sanitario en el ámbito sanitario, artículos en castellano e inglés que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad

## 4 Resultados

En la comunicación pueden intervenir varios factores para facilitar o dificultar este proceso:
Editor: La persona que publica el mensaje. Destinatario: Persona que recibe el mensaje. Mensaje: Mensaje enviado. Canal: Medio a través del cual se transmiten los mensajes. Código: Banderas y reglas utilizadas para enviar mensajes. Contexto: La situación en la que se produce la conducta comunicativa. En este

sentido, podemos decir que la comunicación es efectiva si el receptor recibe e interpreta el mensaje como la intención del emisor. Por otro lado, para comunicarse eficazmente es necesario comprender los tipos de comunicación que existen: la comunicación verbal es todo lo que decimos con palabras, mientras que la comunicación no verbal son los mensajes que enviamos a través de gestos y lenguaje corporal. - Discurso: incluye las palabras y el tono que utilizamos. La comunicación oral es una forma de comunicación que utiliza el lenguaje para transmitir mensajes porque se utilizan tanto palabras habladas como escritas. Las tarjetas de felicitación o los mensajes de WhatsApp son ejemplos de comunicación oral.
- No verbal: incluye contacto visual, expresiones faciales, movimientos de manos y brazos, postura y distancia física. Gestos y movimientos corporales que apoyan o reemplazan los mensajes hablados, movimientos y expresiones, ropa o instrumentos musicales. Entonación, ritmo y volumen de la voz. Logotipos, emblemas e iconos. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben ser coherentes. El proceso de comunicación está influenciado por los procesos de percepción. Así es como organizamos lo que vemos y oímos y categorizamos la información que recibimos para que podamos entenderla. Por lo tanto, una comunicación adecuada requiere una revisión constante de las percepciones y suposiciones a través de la retroalimentación. Una buena comprensión de las habilidades de comunicación, una comprensión de cómo funciona la mente humana y la importancia de las emociones y los estilos de personalidad para las personas le beneficiarán en el trabajo y le ayudarán a evitar meterse en situaciones estresantes relacionadas con el trabajo. Es importante comprender uno de los métodos de comunicación más eficaces:
- Escucha activa: escuchar y comprender la comunicación desde la perspectiva del hablante. Escuchar no es tarea fácil, existen ciertas dificultades, por ejemplo: no estar de humor, no estar de acuerdo con lo dicho. Sin respeto, sin tiempo. Confiar en que sabemos lo que la otra persona quiere decir, en lugar de empatizar o escuchar, no resuelve el problema.

## 5 Discusión-Conclusión

En el proceso de comunicación, el proceso de percepción juega un papel fundamental, porque las personas tenemos que organizar la información que recibimos a través de los sentidos. Para implementar una comunicación efectiva sin barreras o con las mínimas y corregibles barreras que puedan surgir, se necesitan conocimientos específicos para lograr la escucha activa y crear mensajes específicos adaptados al interlocutor y su situación. Como se desarrolló en este

análisis, es fundamental que los asistentes administrativos de atención médica reconozcan cuándo se produce una comunicación efectiva y cuándo se producen problemas de comunicación, y brindar soluciones adecuadas en el menor tiempo posible. Sube. Esto supondrá una gran mejora para las redes sociales.

# 6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n

## Capítulo 10

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EL AMBITO SANITARIO ANTE LA DISCRIMINACION, EL RACISMO Y XENOFOBIA

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

LISAIDA REINA TRUJILLO

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

## 1 Introducción

En nuestro país, uno de los fenómenos sociales más llamativos de la última década del siglo XX y principios del presente es la afluencia masiva de inmigrantes. Por tanto, España es una sociedad multicultural, es decir, una sociedad formada por diferentes grupos étnicos, culturales, lingüísticos o religiosos. Sin embargo, España no es una sociedad intercultural. Ahora que hemos definido la sociedad multicultural, pasemos a definir la sociedad intercultural para comprender la diferencia entre estos dos términos.

Una sociedad intercultural está formada por grupos culturales, nacionales, étnicos o religiosos que viven en un mismo territorio y mantienen relaciones abiertas a la interacción, la comunicación y el reconocimiento mutuo de sus respectivos valores y formas de vida. Se requiere un proceso de tolerancia activa para lograr relaciones de poder igualitarias donde todos sean igualmente importantes y se respete su dignidad personal. Nuestra sociedad se está volviendo cada vez más multicultural; Es de esperar que con el tiempo también se vuelvan más transculturales. Pero la simple coexistencia material entre diferentes grupos etnoculturales no puede producir una coexistencia social, intercultural, positiva y enriquecedora. Dejar la realización de este ideal al azar es a la vez utópico y peligroso: la no intervención puede conducir a la asimilación, el racismo, la formación de guetos, el genocidio y la resistencia cultural, lingüística y religiosa. Analizaremos dos de los tipos de discriminación más comunes:
Racismo y xenofobia.
Xenofobia: La palabra xenofobia proviene del prefijo griego xeno, que significa cosas o personas de origen extranjero, y del sufijo latino fobia, que significa rechazo o disgusto. Por tanto, xenofobia significa literalmente ”rechazo a los extranjeros”. En principio, no necesariamente tiene que ser racial o cultural, pero excluirá a cualquier persona únicamente por no ser de la misma nacionalidad. Según la Organización Internacional para las Migraciones, la xenofobia se refiere a ”actitudes, prejuicios o comportamientos que rechazan, excluyen y, a menudo, desprecian a otros basándose en su condición de extranjeros o sentimientos de alienación de una identidad comunitaria”. Comunidad o país. Racismo: es una actitud o ideología que cree que una raza o grupo étnico es superior a otro. Según el diccionario de la Real Academia de España, el racismo es ”el fortalecimiento de la conciencia racial de un grupo racial, que suele conducir a la discriminación o persecución de otra u otras personas con las que convive” y ”una política basada en una ideología política o dogma ideología política o doctrina”.

## 2 Objetivos

- Concienciar a los enfermeros en el ámbito sanitario que todos somos iguales ante la Ley, ya que a las personas no se las califica por su condición sexual, salud, religión, nacionalidad, nivel socioeconómico.
- Conocer que se entiende por discriminación, racismo y xenofobia.

## 3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos utilizadas: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: discriminación, racismo, xenofobia, sociedad multicultural y sociedad intercultural.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que tratan sobre discriminación, xenofobia y racismo en personal no sanitario en el ámbito sanitario, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

## 4 Resultados

La discriminación, el racismo y la xenofobia deben ser sustituidos por el respeto a la diversidad y la promoción de las relaciones interculturales. Disponemos de un sistema de referencia:
- Declaración y Programa de Acción de Durban (Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia). - Real Decreto sobre asistencia sanitaria universal. 2018
Desde la última aprobación, la afluencia de personas naturalizadas de otros países a los centros médicos ha aumentado, pero también lo ha hecho la discriminación basada en raza o etnia en la industria de la atención médica. Así se detalla en el reciente informe Percepciones de víctimas potenciales de discriminación racial o étnica en 2020 del Comité para la Erradicación de la Discriminación Racial o Étnica del Departamento para la Igualdad. Entre ellos, se examinaron las percepciones de discriminación contra víctimas potenciales o personas vulnerables a la discriminación de ocho grupos demográficos mediante 1.624 encuestas en todas las comunidades autónomas. Vale la pena resaltar en el estudio que:
- El mayor sentimiento de exclusión se da entre los gitanos: el 16% se siente discriminado a la hora de recibir tratamiento en los centros de salud. - Quienes llevan menos tiempo en España (27%) y los desempleados (14%) perciben una mayor discriminación.
Debemos hacer hincapié en que tanto los profesionales sanitarios como los no sanitarios deben tomar en serio la detección de incidentes de racismo, xenofobia y otras formas de intolerancia a la salud y comprender los mecanismos mediante los cuales los profesionales pueden denunciar dichos incidentes. ¿Qué puede hacer una enfermera? - Mantener la calma y el respeto hacia las víctimas y testigos. - No ignorar el incidente y documentar los hechos en los documentos per-

tinentes. - Cooperar con expertos forenses, jueces y fiscales para garantizar que los delitos no queden impunes. -Avisar al trabajador social del centro para que pueda ayudarle. Si el centro de salud no cuenta con un trabajador social, se deberá notificar al trabajador social de la población relevante. - Avisar a las fuerzas de seguridad si es necesario.

## 5 Discusión-Conclusión

Maltratar a una persona o grupo de personas por cualquier motivo:
Socioeconómico, religioso, identidad de género, anatomía, nacionalidad, raza, es un delito social y moral y, por lo tanto, quienes cometan actos de discriminación pueden ser procesados bajo la Ley no. 23 592. Dice: "La discriminación es una acción que genera cambios y constituye un abuso injustificado del derecho a la igualdad de oportunidades". Las instituciones de salud (centros de salud y hospitales) deben acoger a todas las personas independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas y de otro tipo. Deben incluir a todas las personas con discapacidad, las personas que viven en la calle y trabajan, las personas de poblaciones remotas o nómadas, las minorías lingüísticas, las minorías étnicas y culturales y otros grupos o zonas desfavorecidos o marginados. Todas estas situaciones crean varios problemas para los sistemas nacionales de salud. Venció:
Los familiares del sistema sanitario deberían recibir formación sobre xenofobia, racismo y otras formas de discriminación. Los profesionales de la salud deben identificar y desempeñar su papel en la lucha contra la xenofobia. Las enfermeras sanitarias deben identificar y desempeñar su papel en la lucha contra el racismo.

## 6 Bibliografía

La discriminación en sanidad por origen étnico sube un 12% . 6 febr.2021 https: //www.consalud.es
Discriminación, racismo y xenofobia. J. Salgado 2004. https://www.eacnur.org https://www.ayudaenacción.org https://dic.rae.es

## Capítulo 11

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACION EN LA ADOLESCENCIA

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

LISAIDA REINA TRUJILLO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

CELIA SÁNCHEZ CASAS

TAMARA NOVA VALERO

## 1 Introducción

La manera y el instante en que el joven consigue información acerca de la sexualidad conforman un componente determinante. En España, a partir de 1986 se está haciendo un trabajo en enseñanza para la salud, introduciéndose en los currículos como asunto transversal.El núcleo familiar, el colegio, las amistades y los medios de comunicación son prácticamente los que otorgan datos acerca de contenidos sexuales, así sea de forma formal o informal, intencional o casual, programada o incidental.
Según Romero de Castilla, Lora y Cañete (2001) las fuentes de comunicación que transmiten la mayor parte de la información a los adolescentes
Hay una gigantesca diferencia entre lo cual los jóvenes creen que saben y lo cual en realidad saben. Y su entendimiento percibido se relaciona de manera directa con las conductas sexuales de peligro.

El planteamiento de participación de los expertos sanitarios donde participan doctores, enfermería, psicólogos, ginecólogos, trabajadores sociales, educadores…, se hace por medio de 3 tácticas diferenciadas (Gutiérrez y Rodríguez 2003).
La salud, la estabilidad y la totalidad de nuestros propios jóvenes es dependiente en buena parte de que dichos aprendan a gestionar su sexualidad de manera positiva y los papás y mamá tenemos la posibilidad de jugar un importante en dicho aprendizaje.
Para eso es necesario que las familias adopten una postura proactiva, hablen de sexualidad con sus hijos e hijas, y se impliquen para impulsar modelos de diversión que eviten estas prácticas de peligro (Espada et al., 2015).

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
Exponer el papel de la Enfermería en la educación sexual en la adolescencia
Objetivo secundario:
Trabajar con la revisión sistemática como herramienta de investigación

## 3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:
Educación en la adolescencia desde Enfermería.
Se ha excluido de la búsqueda de información de fuentes poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.
También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

## 4 Resultados

Las antropologías personalistas sostienen la imposibilidad de una ciencia neutra y, por tanto, la necesidad de reconocer algunos valores fundamentales. El propio placer es positivo si se integra en el marco de la maduración integral del individuo y de la comunión interpersonal (Romero, 2006).
A partir de esta visión la implicación de los expertos sanitarios está dirigida en funcionalidad a diversos fines:

1. Dar instrumentos a los jóvenes para examinar su situación de manera personal, para lograr ubicar los componentes de peligro con los que conviven, y de esta forma poder encontrar la necesidad de actuar y poder cambiar estas situaciones.
2. Contribuir a los jóvenes a obtener los recursos y conocimientos necesarios para aceptar el control de su propia salud.
3. Contribuir a los jóvenes para que descubran su propio costo personal (autoestima) y lo refuercen, así como su fuerza potencial como conjunto (ayuda mutua).
Hay beneficios directos de la enseñanza sexual basada en la antropología personalista: los jóvenes se manifiestan de manera independiente y responsable, solidifican valores, retrasan el principio de las colaboraciones sexuales, aumentando la comunicación con los padres.
En el sistema educativo español, la enseñanza sexual tiene una gigantesca orientación biologicista, aportando una menor trascendencia a las interacciones particulares, los puntos emocionales y sociales de las conductas sexuales. Es notable nombrar la falta de construcción de programas para la enseñanza sexual a escala ministerial.
Lo que se busca es el crecimiento, desarrollo y maduración de la persona, ayudando al joven a proponerse proyectos de vida que le permitan integrar su sexualidad en su personalidad de modo responsable, objetivo más fácil si se piensa que la vida tiene una finalidad y hay una tarea que realizar (Romero, 2006)

## 5 Discusión-Conclusión

Las primordiales propuestas de actuación sanitaria en relación a la enseñanza sexual en la juventud según la bioética personalista son:
• Permitir conocer y entender de una forma integral nuestra sexualidad, edificar aprendizajes y escala de valores, expresarse de manera independiente y responsable.
• Contribuir a que los aprendizajes que los jóvenes internalizan a partir de la experiencia y la meditación generen en los adolescentes una tensión positiva que busca optar por el bien, aunque podría no realizarlo.
• Cooperar a que todo individuo para dictaminar algo ocupe conocer.
• Clarificar y solidificar en forma positiva los valores y reacciones. Este modelo de enseñanza se fundamenta en el amor, el pudor y la abstinencia.
• Incidir en el retraso de las colaboraciones sexuales entre los jóvenes, así como en la prevención de patologías de transmisión sexual y embarazos no deseados.
• Aumentar la comunicación con los papás y otros parientes.

• Reducir la desinformación, o mala información entre los adolescentes debido a que se vive una sexualidad responsable una vez que: o El joven se hace cargo de sus propios actos y elecciones. o Tiene presente los peligros y secuelas de los propios actos sobre sí mismo y los otros. o Una vez que se tiene presente las emociones, valores y reacciones para tomar elecciones en relación a la vida sexual. o Una vez que dictamina independiente y consciente, tras una correcta enseñanza sexual, teniendo presente peligros y beneficios. o Una vez que su conducta se rige por la moral que la ética le dicta, o la inculcación de los valores morales parientes, o los valores apegados a la ética cristiana.

Por ello es importante el papel de la Enfermería en la educación sexual en la adolescencia

## 6 Bibliografía

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

## Capítulo 12

# VIOLENCIA LABORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

## 1 Introducción

El servicio de Urgencias de un hospital se encuentra disponible para el personal las 24 h del día durante todo el año. La organización colegial de enfermería confirma que este servicio es el más perjudicado con un 51.5 de casos. Este servicio tiene la complejidad de tener que lidiar con muchas personas, por lo que hay un mayor riesgo que surjan situaciones de violencia.

Según la organización internacional del trabajo (OIT) afirma que el 25% de las agresiones laborales se producen en los servicios sanitarios, concretamente en el personal de enfermería, ya que este es el más expuesto en comparación con otro personal sanitario. La enfermería es la que tiene el contacto directo con el paciente y sus familiares y son los que reciben mayores agresiones, es por ello, la importancia de conseguir una buena comunicación, ya que, gracias a esto, mejor será la atención prestada y mejores serán los resultados de salud del paciente.

Según la Organización Mundial de la Salud define la violencia laboral como "incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo –incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud".

Existen determinados factores que pueden ser predisponentes para la existencia de la violencia hacia la enfermera. Hay factores psicológicos como por ejemplo el dolor que padecen los pacientes, la frustración que provocan estos e incluso el miedo de los padres por la salud de sus hijos. Además, también existen otros factores psicológicos como que el paciente o familiar padezcan algún tipo de trastorno mental.

Por otro lado, tenemos factores como por ejemplo el largo tiempo de espera en urgencias, el estrés y el no saber como funciona el servicio de urgencias y, por otro lado, que el paciente o familiares abusen de sustancias como el alcohol y drogas y vengan al servicio de urgencias y puedan provocar una agresión.

Tras lo mencionado anteriormente, es muy importante implantar ciertas medidas de protección para poder disminuir las agresiones y además aprender a gestionar mejor los casos de violencia laboral de los servicios sanitarios.

## 2 Objetivos

-Evaluar las actuaciones de enfermería ante situaciones de violencia laboral en el servicio de urgencias y las medidas preventivas que se realizan ante este tipo de situaciones.
-Determinar medidas de prevención ante las agresiones en el servicio de urgencias.
-Identificar las leyes que regulan las violencias laborales hacia el personal sanitario.

## 3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos de calidad científicas como: Pubmed, Dialnet, IBECS, Cochrane, y Scielo y utilizando unos criterios de inclusión y exclusión para obtener los artículos que más nos interesan. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para una búsqueda más exacta, los cuales fueron: criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos en Español o Inglés.
- Artículos enfocados en el servicio de Urgencias del hospital.
Los criterios de exclusión son:
- Artículos que no están relacionados con la Urgencia de un HOSPITAL.
-Artículos que no se pueden acceder a texto completo.
En la búsqueda bibliográfica se ha utilizado el marcador boleano AND.

# 4 Resultados

Tras la búsqueda de información y la lectura detallada de los artículos se ha visto el problema que hay a nivel del servicio de urgencias hospitalarias sobre las agresiones al personal sanitario, concretamente al personal de enfermería.

Varios artículos hablan sobre las medidas de prevención que deben ser implantadas en los hospitales, como alarmas, botones de emergencia, cámaras de seguridad o la contratación de personal de seguridad cualificado.

Otro tipo de medidas preventivas mencionadas en varios artículos fueron las que estaban dirigidas a la formación del personal de enfermería centrado en la comunicación asertiva hacia los pacientes y familiares, talleres de autodefensa para el personal sanitario para enseñar como defenderse y protegerse en el caso de que el personal de seguridad no se encuentre disponible en un caso de agresión laboral, dejando claro que este tipo de medidas no es para utilizar la violencia sin causa y hacer daño.

En dos estudios hablan de las intervenciones dirigidas a los pacientes y familiares y a la población en general para educar y enseñar el funcionamiento de las urgencias hospitalarias, para que así puedan entender como se realiza el triaje y la importancia de atender a unos pacientes antes que a otros.
En uno de los estudios se habla de que la implementación de protocolos para la reducción de la violencia laboral.

Varios autores están de acuerdo en que a día de hoy no hay suficientes medidas de prevención para la violencia laboral y que concretamente en España no existe evidencia suficiente sobre este tema, por lo que varios estudios muestran la importancia de implantar y reconocer de manera más eficaz a la sociedad el problema de las agresiones que sufre el personal sanitario.

Otro estudio nos habla de cómo se debe actuar ante pacientes o familiares agresivos, mencionando la escucha activa como principal actuación, así como, demostrar a la persona que entendemos como se siente, realizando preguntas para tener información suficiente para entender el problema.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha visto que las agresiones laborales al personal de enfermería es un problema a nivel global, siendo más acentuado en los servicios de Urgencias del hospital.

Todos los estudios de esta revisión coinciden que es imprescindible formar a los profesionales en cuanto a los factores de riesgo, formas de actuación y medidas preventivas para poder minimizar las agresiones laborales que ocurren en los servicios de urgencias.

El personal sanitario debe saber que protocolo debe seguir ante este tipo de situaciones para hacer frente.
Las causas principales de la violencia laboral se ha visto que principalmente fueron expectativas insatisfechas y frustración por el tiempo de espera.

Es importante dar la información necesaria a los pacientes y familiares explicando los tiempos de espera y el funcionamiento de triaje en urgencias para así disminuir su ansiedad e incertidumbre y así poder evitar los actos de violencia.

## 6 Bibliografía

1. Organización Colegial de Enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas. Organización Colegial de Enfermería. Agresiones al personal de enfermería. [Internet] 2014. Disponible en: http://www.celp.es/images/deontologia/Documento%20Agresiones%20al%20pe
rsonal%20de%20enfermeri301a.pdf
2. Galián I. Violencia de los Usuarios hacia el Personal de Enfermería.
Evaluación del Riesgo Laboral y Análisis de las Consecuencias Psicológicas.
[Internet] 2015. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/agresiones/tesis_doctoral_agre
siones.pdf
3.Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ.

Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. Cochrane Database
Syst Rev [Internet]. 2020;4:CD012662. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012662.pub2/epdf/
full
4. 1.Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: A systematic review. Int J Environ Res Public
Health [Internet]. 2021;18(16):8459. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168459
5..Stafford S, Avsar P, Nugent L, O'Connor T, Moore Z, Patton D, et al. What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? J Nurs Manag [Internet]. 2022;30(6):1852–60. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13728
6. JCyL. Protocolo de actuación frente a las agresiones para los profesionales del Sacyl. [En línea].; 2017 . Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images?idMmedia=329
7. . Organización Internacional del Trabajo. Cuando trabajar es un riesgo. Boletín nº 231. Publicación simultánea en Ginebra y
Washington DC. 1998. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---
publ/documents/publication/wcms_104680.pd
8.. Consejo Internacional de Enfermería. Hoja informativa: una epidemia mundial.. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheet
s/19k_FSviolencia-Sp.pdf 6 Collegi Oficial
9.Cabilan CJ, Eley R, Snoswell CL, Johnston ANB. What can we do about occupational violence in emergency departments? A survey of emergency staff. J
Nurs Manag [Internet]. 2022;30(6):1386–95. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13294
10. Cancelas C. Afrontamiento de los profesionales de enfermería ante las agresiones recibidas y percibidas en el Servicio de Urgencias: evaluación de un programa formativo. [Internet]. 2017. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19374
11. Fernandes Hugo, Sala D.C.P., Horta A.L.M. Violence in health care settings: rethinking actions. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672018000502599&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0882

## Capítulo 13

# PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

JUAN GARCÍA GALÁN

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

En el servicio de urgencias hospitalarias es común atender a personas con problemas renales, desde infección aguda hasta hematurias de diferentes etiologías. Un caso concreto es el del cólico renal o cólico nefrítico, que produce un dolor súbito y muy intenso, que generalmente se irradia a zonas concretas como son la lumbar, flanco, zona inguinal y genital como consecuencia del desprendimiento de estos cálculos renales y la obstrucción parcial o total de los uréteres y la uretra, y el descenso de estas masas por los conductos renales (1). Otros signos característicos con la hematuria macro o microscópica.

Los cálculos renales son masas sólidas de sales y minerales, que se forman en los riñones y es producto de una serie de factores como son; la predisposición

genética, la dieta, el exceso de peso y el escaso aporte de líquidos principalmente (2).
Estas formaciones, al desprenderse de la matriz renal, descienden por el uréter, produciendo un dolor muy intenso, al llegar a vejiga y tener de descender por la uretra, también produce un dolor muy pronunciado (3). En muchas ocasiones, la expulsión de estas formaciones no se aprecia, siendo cálculos de muy poco tamaño, con el consecuente alivio de dolor y remisión de otros signos y síntomas.

## 2 Objetivos

- Analizar las necesidades del paciente con cólico nefrítico e identificar las que estén alteradas.
- Realizar un plan de cuidados del paciente con cólico nefrítico, utilizando la Taxonomía NANDA, NOC y NIC.

## 3 Caso clínico

Nuestro caso se trata de un paciente varón de 57 años que acude al servicio de urgencias con intenso dolor agudo, el cual describe que le recorre desde la zona lumbar hacia delante, concretamente a hipogastrio y flanco izquierdo.
Como antecedentes de interés tenemos que es hipertenso, fumador de tabaco de 1 paquete diario, se encuentra en estudio de una posible Diabetes Mellitus Tipo II y con escasa actividad física fuera de los esfuerzos realizados en su trabajo, como dato apuntamos que su IMC es de 28,1, con los cual añadimos el exceso de peso como factor a tener en cuenta.
En el servicio, luego de realizar todas las técnicas requeridas por enfermería y realizarle pruebas radiológicas y analíticas para confirmar el diagnóstico, procedemos a realizar un plan de cuidados de enfermería tras hacer una valoración integral.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidad de oxigenación: autónomo.

Necesidad de nutrición e hidratación: necesidad alterada, se encuentra con nauseas.

Necesidad de eliminación: necesidad alterada, estreñimiento, disuria y polaquiuria.

Necesidad de moverse: necesidad alterada, incapacidad de mantener la postura erguida y caminar.

Necesidad de descanso y sueño: necesidad alterada, debido al intenso dolor no ha podido descansar correctamente la noche previa.

Necesidad de vestirse y desvestirse: autónomo.

Necesidad de mantener la temperatura corporal: autónomo.

Necesidad de higiene y protección de la piel: autónomo.

Necesidad de evitar los peligros del entorno: refiere dolor intenso.

Necesidad de comunicarse: necesidad alterada, se encuentra ansioso y con miedo.

Necesidad de vivir según sus valores y creencias: no se valora.

Necesidad de trabajar y sentirse realizado: no se valora.

Necesidad de participar en actividades recreativas: no se valora.

Necesidad de aprendizaje: desinformación sobre la dieta adecuada, el sobrepeso y el estilo de vida sedentario.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES

NANDA00132 Dolor agudo
NOC 1605 Control del dolor
NIC 1400 Manejo del dolor, 2210 Administración de analgésicos

NANDA 00007 Hipertermia
NOC 0800 Termorregulación
NIC 3900 Regulación de la temperatura, 3740 Tratamiento de la fiebre

NANDA 00134 Náuseas
NOC 1618 Control náuseas y vómitos, 2109 Nivel de malestar
NIC 2380 Manejo de la medicación, 1450 Manejo de las náuseas, 1400 Manejo del dolor

NANDA 00004 Riesgo de infección

NOC 0703 Severidad de la infección
NIC 6550 Protección contra las infecciones

NANDA 00016 Deterioro de la eliminación urinaria
NOC 0503 Eliminación urinaria
NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria

NANDA 00013 Diarrea
NOC 2301 Efectos adversos y terapéuticos de la medicación
NIC 0460 Manejo de la diarrea

NANDA 00126 Conocimientos deficientes de su enfermedad
NOC 1803 Conocimientos del proceso de la enfermedad
NIC 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

NANDA 00011 Estreñimiento
NOC 0501 eliminación intestinal
NIC 0450 Manejo del estreñimiento

NANDA 00015 Riesgo de estreñimiento
NOC 1902 control riesgo
NIC 0440 Entrenamiento intestinal

NANDA 004156 ansiedad
NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad
NIC 5820 Disminución de la ansiedad

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

DERIVADOS DEL TRATAMIENTO
Control de diuresis
Canalizar vía periférica, si precisa
Administrar tratamiento prescrito, oral o IV
Administrar dieta adecuada
Control de constantes

INTERVENCIONES
0590 Manejo de la eliminación urinaria
2380 Manejo de la medicación
1100 Manejo de la nutrición
4190 Punción intravenosa

2440 Mantenimiento dispositivos accesos venosos
2314 Administración medicación IV
2304 Administración medicación oral
6680 Monitorización signos vitales

DERIVADOS DE PRUEBAS
Analíticas de control según facultativo
Urocultivos y/o hemocultivos si precisa
Ecografía, Rx simple de abdomen, TAC abdominal, Urografía IV, uretrocistografia.

INTERVENCIONES
4238 Flebotomía; muestra sangre venosa
7820 Manejo de muestras
7680 Ayuda en la exploración

## 4 Discusión-Conclusión

El plan de cuidados ejecutado ha sido diseñado para mejorar la situación clínica del paciente, así como prevenir problemas futuros en su estancia en la unidad de urgencias. Teniendo en cuenta el trabajo multidisciplinar, hemos querido enfatizar el cuidado en aquellas áreas las vías de eliminación son fundamentales, puesto que es el origen del principal problema de nuestro paciente.

A la hora de realizar el trabajo hemos encontrado suficiente información para afinar los puntos en donde debíamos centrarnos, consiguiendo así los objetivos propuestos, todo dentro de la planificación original y siendo esperado o previsto cualquier potencial problema.

Aportamos con este artículo intención de afrontar la patología tratada con la mayor preparación y conocimientos adquirida para futuros casos.

## 5 Bibliografía

1. Holst. P. Cólico Renal. Rev. Arg. de Urol. [Internet] 2004 [Citado 17 Sep 2023]; 69(3): 172-175. Disponible en: https://revistasau.org/index.php/revista/article/download/3164/3108
2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz [Internet]. Urología. Litiasis urinaria y cólico renal. [Citado 17 Sep 2023]. Disponible en: https://www.fjd.es/

es/cartera-servicios/urologia/informacion-pacientes/litiasis-colico-renal
3. Mayo Clinic [Internet]. Cálculos renales. Jun 2022. [Citado 17 Sep 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/kidney-
4. HGUCR, Plan De Cuidados Estandarizado Del Paciente Diagnosticado De Cólico Nefrítico [Internet] 2023, [Citado 17 Sep 2023]. Disponible en: http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidados-paciente-colico-nefritico.pdf

## Capítulo 14

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA PERIOPERATORIA

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

## 1 Introducción

Se ha destacado la importancia de la seguridad de nuestros pacientes en el quirófano, donde se promovió una serie de proyectos destinados a mejorar la eficacia clínica y el control de los factores que afectan directamente y a menudo impiden los resultados de las técnicas quirúrgicas. Se han propuesto numerosas estrategias para ello 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. El control de la temperatura es menos frecuente que el uso de una estrategia de calentamiento. Esto implica que los pacientes deben contar con protección térmica.

Debido a los efectos negativos de la hipotermia, todos los hallazgos del estudio son preocupantes la conciencia entre los anestesiólogos sobre la importancia de prevenir y tratar la hipotermia involuntaria en el quirófano, particularmente en pacientes de alto riesgo o pacientes sometidos a cirugía mayor.
La palabra sedar está constantemente basada en la reanimación y el tratamiento del dolor.
Todos los pacientes sometidos a anestesia y cirugía experimentan hipotermia no intencionada, que es la variable que define claramente el resultado de nuestros procesos clínicos.

## 2 Objetivos

Explicar cómo las funciones del cuerpo afectan, cómo se manifiesta la hipotermia y describir los efectos que tiene la hipotermia perioperatoria en los pacientes.

## 3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y también se han realizado búsquedas exhaustivas de libros científicos que tengan conocimiento del tema de estudio.

## 4 Resultados

El uso de aislamiento para prevenir o reducir la pérdida de calor se conoce como calentamiento pasivo.
La temperatura del quirófano tiene un impacto significativo en la pérdida de calor por radiación, convección y evaporación del campo quirúrgico. Antes de que el paciente esté listo y cubierto, el quirófano debe ajustarse a 24 ℃. Aplicar aislamiento pasivo a la superficie de la piel es la forma más sencilla de detener la pérdida de calor a través de la piel. En cualquier quirófano, las mantas de algodón son la forma más habitual de aislamiento. Los métodos para garantizar la transferencia de calor incluyen el calentamiento activo.
Es una práctica generalmente aceptada calentar al paciente con ventilación mecánica debido a su eficacia comprobada, bajo costo y simplicidad de uso, previene la hipotermia. Estos incluyen una chimenea, un calentador eléctrico y una

manta. La mayoría de ellos son desechables y suelen combinar papel y plástico que, debido al riesgo potencial de contaminación de la piel asociado a esta práctica, no se puede volver a utilizar. Nunca aplique aire caliente directamente sobre la piel de un paciente sin cubrirlo con una manta que hay una concentración constante de flujo de aire pesado y caliente sobre un área pequeña.
Mantener la temperatura corporal de los pacientes a 0,5 grados por encima en comparación con el grupo de control. Al finalizar el procedimiento, esta diferencia fue estadísticamente significativa, pero no en otros momentos. Sin embargo, aún no está claro cuán clínicamente significativo es este descubrimiento. Tampoco está claro si los nutrientes parenterales o los aminoácidos aumentan el riesgo de temblores debido a la falta de información cualitativa sobre estos hallazgos, beneficios o daños.
En comparación con los grupos de control, no hubo diferencias en el número de ataques cardíacos no mortales, ansiedad o dolor.

## 5 Discusión-Conclusión

Para que los pacientes se recuperen adecuadamente de la cirugía y eviten complicaciones como infecciones en la herida quirúrgica, se debe evitar la hipotermia.
El calentamiento activo es más eficiente que el calentamiento pasivo en términos de los tipos de mecanismos para mantener al paciente en normocromía. Es eficaz para ayudar a mantener al paciente en una temperatura ideal, el uso de mantas térmicas y líquidos a temperatura corporal, tanto para uso intravenoso como para irrigación de caries.
Es responsabilidad de la enfermería planificar con antelación y tener a mano las herramientas necesarias, reduciendo los tiempos de recuperación e incluso la duración de la estancia hospitalaria.

## 6 Bibliografía

1. J. M. Campos Suárez, J. M. Zaballos Bustingorri. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: causas, complicaciones, prevención y tratamiento. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2003; 50: 135-144.

## Capítulo 15

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN EL PACIENTE

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

MARTA ABAD ABELLÁN

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

## 1 Introducción

La oxigenación por membrana extracorpórea, también conocida como ECMO, es un sistema que ofrece días o semanas de apoyo pulmonar y cardíaco a pacientes con insuficiencia respiratoria o cardíaca.
El soporte pulmonar se emplea en el caso de pacientes en recuperación o en espera de trasplante de pulmón como mecanismo de atención al paciente.
Cuando un paciente está esperando un trasplante de corazón o la inserción de un dispositivo de asistencia ventricular o cuando se anticipa su recuperación, se utiliza el soporte cardíaco como asistente previo.

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la implantación de una ECMO a un paciente es bastante común. Este procedimiento puede presentar algunas complicaciones, como falla del dispositivo, posible rotura del dispositivo, retorcimiento o deterioro del tubo oxigenación, decanulación de la cánula de conexión del paciente, salida de sangre a través del tubo venoso, entradas de aire en el circuito, desconexión del grifo de tres vías instalado en el circuito, etc.
Por todo ello, existen una serie de procedimientos asistenciales específicos que el personal de enfermería debe conocer y realizar. A continuación repasaremos estos procedimientos con mayor detalle. Debemos seguir estos procedimientos lo mejor que podamos para evitar poner en riesgo al paciente y al mismo tiempo brindar la mejor atención posible.

## 2 Objetivos

Sensibilizar sobre los cuidados de enfermería brindados a los pacientes que utilizan dispositivos ECMO en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales, disminuyendo así los riesgos y complicaciones para el paciente involucrado en su uso.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.
Se realizaron búsquedas exhaustivas en las bases de datos primarias Medline, Pubmed y Scielo en busca de libros y artículos especializados, y solo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

## 4 Resultados

Además de ayudar en la colocación del ECMO, el personal de enfermería se encarga de brindar todos los cuidados diarios necesarios para la misma.
Los siguientes son algunas de las funciones relacionadas con ECMO por el personal de enfermería:
-La causa de esto es la alta inestabilidad hemodinámica de los pacientes con ECMO.
-Se requiere un catéter arterial para la monitorización, junto con la medición del gasto cardíaco.

- La saturación de oxígeno del paciente debe controlarse dos veces: una en la zona media superior del paciente y otra en la media inferior (frente y extremidades).
- Cada ocho horas se deberá realizar un gasómetro o control del paciente.
- Dependiendo de las necesidades del paciente se debe utilizar nutrición enteral o nutrición mixta (enteral y parenteral) para suplir las deficiencias nutricionales provocadas por el uso de ECMO.
Los niveles de glucosa en sangre deben mantenerse bajo control; si aumentan a más de 160 mg/dl después de varias dosis, podría ser necesario comenzar con insulina intravenosa hasta que los parámetros se normalicen.
- Es importante cuidar la piel y las mucosas, prestando especial atención a aquellas zonas que entran en contacto con arterias o venas. Debería También coloque barreras de protección de la piel, hidrate la piel y trate los puntos calientes, presión, etc.
- Extremar precaución al movilizar al paciente para evitar la decanulación.
- Prevenir infecciones nosocomiales relacionadas con ECMO.
- Evaluación del dolor cada cuatro horas mediante las escalas VAS y EVN como parte de la evaluación neurológica del paciente.
- Verifique el suministro de oxígeno y los tubos todos los días para asegurarse de que estén funcionando correctamente.
- Cree un entorno seguro con comunicación abierta y confianza para los miembros de la familia, educándolos sobre el dispositivo y ayudándolos a sentirse más cómodos con él antes de visitar al paciente.
- Realizar cultivos de vigilancia y solicitar sistemáticamente marcadores de infección.
- Vigilar la temperatura del paciente para prevenir la hipotermia.
- Mantener el ACT bajo estricto control y seguir una pauta anticoagulante suficiente, así como realizar pruebas periódicas para prevenir/detectar posibles hemorragias y complicaciones como taponamiento cardíaco, neumotórax y hemotórax son bastante comunes en estos pacientes. Se debe notificar a un médico para que realice los procedimientos de diagnóstico necesarios si se encuentra algún síntoma relacionado con la apariencia.
- Aplicar consistentemente los apósitos adecuados en el sitio de inserción del catéter.

## 5 Discusión-Conclusión

Con la ayuda de este análisis bibliográfico, hemos revisado la aplicación de ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un hospital.

Hemos visto las circunstancias en las que puede ser necesario su uso y los cuidados relacionados.
En estas tareas debemos estar siempre presentes, colaborando con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para evitar la decanulación del paciente durante la limpieza y movilización, así como la necesidad de controlar los catéteres.
En el movimiento del paciente participan médicos, enfermería, auxiliares de enfermería y celadores.
Además, es fundamental asegurarse de que la persona reciba la nutrición adecuada y cuidar la paciente.

# 6 Bibliografía

1.https://www.mayoclinic.org/es-es/

## Capítulo 16

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

MARIA ISABEL CANTERO MORCILLO

MARTA ABAD ABELLÁN

MARIA TERESA BELMONTE MARTINEZ

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

SORAYA ATIENZA MARTÍNEZ

## 1 Introducción

Uno de los parámetros más utilizados en la monitorización hemodinámica invasiva es la presión venosa central, que ofrece información pertinente sobre el estado del paciente y ayuda a determinar el mejor curso de tratamiento y evaluar su eficacia.
La presión venosa central también revela la cantidad de sangre que regresa al corazón, como la capacidad del corazón para bombear sangre a la red arterial.
Se puede demostrar que la presión venosa central refleja directamente la presión en la aurícula derecha e indirectamente la presión telediastólica ventricular. Por tanto, el mejor indicador de la función es la presión venosa central y la zona derecha del corazón, ya que el aumento de la presión venosa central se debe a un ventrículo derecho insuficiente.

Antes de medir la presión venosa central, se debe insertar un catéter que llegue a la vena cava superior. Las venas braquial, subclavia o yugular son los puntos de inserción más utilizados para esta prueba. Puede haber uno o dos lúmenes en el catéter, donde se utiliza el de doble lumen en su lugar, ya que es el más apropiado. Los profesionales de enfermería deben estar formados en esta técnica para poder medir la presión venosa central de forma fiable y precisa.

## 2 Objetivos

Examinar detalladamente la presión venosa central y conocer las venas en las que normalmente se insertan los catéteres venosos centrales por el personal de enfermería.

## 3 Metodología

Para preparar este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas. Se consultaron las siguientes bases de datos: Medline, Scopus, Cochrane y Cuiden, con palabras como: medición, enfermería, técnica y desempeño.

## 4 Resultados

Se pueden utilizar parámetros de presión o volumen para medir la presión venosa central, siendo la presión el más común.
Las normas establecidas son las siguientes:
- 2 a 6 mmHg para la presión venosa central.
- Presión auricular izquierda: 4-12 mmHg.
- Presión en la arteria pulmonar ocluida: 6-12 mmHg.
- Algunos casos requieren medición de la presión venosa central.
- Terapia de infusión intravenosa de mantenimiento.
- Alimentación parenteral.
- Para inducir la diuresis.
- Trastornos que involucran hidroelectrolitos.
- Para regular la reposición de volumen de líquidos en diversas situaciones, incluyendo shock, hemorragia intestinal, insuficiencia renal aguda y ventilación asistida.

Los números descubiertos después de medir esta presión se utilizan para calcular el volumen. La variación de esta presión está influenciada por el volumen y el flujo en las venas centrales, así como por la eficiencia de las cámaras cardíacas derechas.
El Centro del personal de Enfermería debe realizar estas tareas para poder medir la presión venosa:
- Acostar al paciente boca arriba y que esté tranquilo.
- Dejar de administrar cualquier solución a través de la vía central.
- Colocar la columna de medición a la altura del paciente, sobre la línea media axial. Para tener el mismo punto de referencia para todas las mediciones futuras, es recomendable marcar el área.
- Poner a cero la flecha del manómetro.
- Si el catéter tiene múltiples lúmenes, determinar cuál será el mejor para utilizar para la medición.
- Llenar la columna con suero mediante una válvula de tres vías mientras la conecta al catéter del paciente para mantener la continuidad entre ambos.

- La columna de suero disminuirá hasta alcanzar un valor que corresponda a la presión venosa central del paciente y donde solo existan pequeñas fluctuaciones provocadas por los movimientos respiratorios del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

El retorno venoso y la función cardíaca afectan la presión venosa central. El profesional de enfermería está a cargo de realizar esta medición y está a cargo de una serie de tareas cruciales, incluida la de garantizar que se utilice correctamente equipos, recopilar datos precisos e identificar tendencias.
El personal de enfermería debe seguir el protocolo de actuación establecido en la realización de la técnica de medición para prevenir posibles complicaciones y obtener datos de valor precisos y fiables. Necesita estar debidamente capacitado para utilizar correctamente la técnica y prestar la pronta atención que exige este tipo de medición de presión.

## 6 Bibliografía

1. Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García.

## Capítulo 17

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA REACCIÓN ALÉRGICA A UN CONTRASTE YODADO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

## 1 Introducción

A diario, en los servicios de urgencias, es necesaria la realización de TAC con contraste para el diagnóstico de patologías, y en hospitales pequeños, en el servicio de radiología no hay enfermera en turnos de tarde, noche y festivos. En esos casos, es la enfermera de urgencias la que debe acompañar al paciente al servicio de radiología y administrar el contraste yodado junto a los técnicos de Rayos. Cuando un paciente sufre una reacción alérgica o en el peor de los casos, anafiláctica al contraste yodado, se genera una situación de estrés grande debido a la urgencia vital a la que nos enfrentamos, por eso, se hace necesario saber unas directrices básicas para actuar con la mayor brevedad posible mientras que llegan los médicos de urgencias o UCI.

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son respuestas nocivas y no intencionadas a un medicamento. Además de incluir las reacciones a un medicamento con el uso autorizado del mismo, incluye las reacciones por el mal uso del

mismo, como por ejemplo, equivocación por parte del profesional que administra la medicación en la dosis, vía, lugar de administración, etc.
Existen distintos tipos de RAM, que explicaremos a continuación:
- RAM tipo A: Relacionadas con la farmacocinética y farmacodinámica del fármaco administrado. Son consecuencia de un incremento en la acción farmacológica del fármaco, aunque se administre en su dosis habitual. Son predecibles y dependen de la dosis. Tienen una baja mortalidad.
- RAM tipo B: Están relacionadas con mecanismos inmunológicos o farmacogenéticos. No dependen de la dosis administrada. No son predecibles y son una situación de urgencia vital. Tienen alta mortalidad.
En este capítulo, nos vamos a centrar en las RAM tipo B.
- RAM tipo C: Están relacionadas con la administración prolongada de un fármaco. Ejemplo de esta RAM es la nefrotoxicidad por administración prolongada de antitérmicos o el cáncer de ovárico relacionado con la administración de estrógenos.
- RAM tipo D: Estas reacciones aparecen cuando el fármaco ya no está siendo administrado, es decir, tras un largo periodo desde su administración. Un ejemplo es la teratogénesis producida por la talidomida, que produjo anomalías fetales mayores en Europa.
- RAM tipo E: Son reacciones que aparecen al finalizar el tratamiento, como por ejemplo, el síndrome de abstinencia que aparece tras el tratamiento con opioides.
- RAM tipo F: Son reacciones adversas que no tienen nada que ver con el principio activo sino con algún componente ajeno como los excipientes.

## 2 Objetivos

- Conocer el significado de reacción adversa a un medicamento y saber distinguirlas.
- Saber actuar en el caso de una RAM a un medio de contraste yodado, una situación de urgencia vital.

## 3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de libros, sitios web de entidades oficiales y actas de congresos, así como una revisión bibliográfica de artículos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed y Sciencedirect.

# 4 Resultados

La incidencia de reacciones alérgicas al contraste yodado es del 15% para las reacciones leves, del 1,2 para las reacciones moderadas y del 0,2 para las reacciones graves.

- Leves: Dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos, prurito. Suelen ser de duración escasa. Ante una reacción adversa leve, la actuación enfermera será, además de tomar las constantes del paciente y avisar al médico de urgencias, administrar un antihistamínico IV o IM. Después, el paciente deberá estar en observación al menos 1 hora.
- Moderadas: Vómitos que no cesa, hipotensión, síncope, urticaria, edema de glotis o facial y broncoespasmo. Ante una reacción adversa moderada, la enfermera debe administrar un antihistamínico y un corticoide inmediatamente. Avisaremos al médico de urgencias y monitorizaremos al paciente lo antes posible en el servicio de urgencias.
- Graves: Reacción anafiláctica, para cardiorrespiratoria, shock hipotensivo y/o convulsiones. La enfermera debe estar capacitada para identificar una reacción anafiláctica y administrar inmediatamente adrenalina, administrar oxígeno con ventimask a 6-10 lpm y mantener permeable la vía aérea mediante la colocación de una cánula orofaríngea (Guedel) o aspiración si fuera necesario mientras otros profesionales llaman a la UCI y al médico de urgencias.

Tratamiento de los síntomas:

- Náuseas y vómitos: Mantener permeable la vía aérea y venosa. Poner al paciente en posición lateral de seguridad para evitar que aspire el vómito. Administración de antieméticos bajo prescripción médica.
- Urticaria: Administración de antihistamínico IV o IM.
- Broncoespasmo: Administrar oxígeno con ventimask a 6-10 lpm + administración de adrenalina IM.
- Edema de glotis: Mismo tratamiento que broncoespasmo.
- Reacción vasovagal e hipotensión: Elevamos las extremidades inferiores del paciente, oxígeno con Ventimask a 6-10 lpm, SSF a ritmo rápido y atropina si bradicardia bajo prescripción médica.
- Reacción anafiláctica generalizada: Llamar al equipo de emergencias inmediatamente, mantener permeable la vía aérea, administrar oxígeno con ventimask a 6-10 lpm. Administrar adrenalina IM y líquidos a ritmo rápido.

# 5 Discusión-Conclusión

Este capítulo se centra en la importancia de reconocer y gestionar las RAM, específicamente las de tipo B, que están relacionadas con mecanismos inmunológicos o farmacocinéticos, centrándonos en la gestión de las reacciones adversas al contraste yodado, que es un procedimiento común en los servicios de urgencias.
- RAM: El presente capítulo ofrece una clasificación de las RAM en varios tipos (A, B, C, D, E, F), enfocándose en las de tipo B, que son potencialmente mortales y no dependen de la dosis administrada. Este enfoque es relevante, ya que resalta la importancia de reconocer y actuar rápidamente en situaciones de urgencia vital.
- Reacciones al contraste yodado: Destacamos que pueden variar en gravedad, intentando así que tras la lectura del presente capítulo, los profesionales de enfermería estén preparados para gestionar una amplia gama de reacciones.
- Acciones de Enfermería: En el presente capítulo se han detallado de manera general y específica las decisiones que enfermería debe tomar en caso de reacciones adversas al contraste yodado. Pautas esenciales para garantizar una respuesta rápida y adecuada ante las situaciones críticas.

En el entorno de los servicios de urgencias, la identificación y gestión efectiva de las reacciones adversas a medicamentos, en este caso, al contraste yodado, son cruciales para la seguridad y bienestar de los pacientes. La capacitación del personal de enfermería en la identificación temprana de estos eventos y la aplicación de protocolos para su tratamiento es esencial para minimizar los riesgos asociados y garantizar una atención de calidad.

Es fundamental destacar la importancia de la diferenciación entre las RAM de tipo A y B, ya que las últimas al no ser dosis-dependientes, son impredecibles y potencialmente mortales.

La gestión de las reacciones adversas al contraste yodado en entornos de urgencias requiere una comprensión sólida y efectiva de los protocolos de actuación por parte del personal de enfermería y de otros profesionales implicados. Saber reaccionar en el menor tiempo posible contribuirá significativamente a la seguridad y calidad de la atención en situaciones críticas.

# 6 Bibliografía

1. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Información para las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos por parte de profesionales sanitarios [Internet]. AEMPS. 2015 [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-

humano/farmacovigilancia-de-medicamentos-de-uso-humano/notificacion-de-sospechas-de-reacciones-adversas-a-medicamentos-ram-de-uso-humano/notificasospechas-ram-profsanitarios/#.
2. Bormugós Bolea JA. Reacciones Adversas de los medicamentos [Internet]. Universidad de Alicante. 2012 [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20662/1/TEMA_3.pdf.
3. Aguilar García JJ, Parada Blazquez MJ, Vargas Serrano B, Rodríguez Romero R. Reacciones adversas generales a los contrastes. Clasificación y conceptos generales. Radiología [Internet]. 7 de octubre de 2014;56(S1):3–11. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-pdf-S0033833814000976.
4. Lakis Granell DK, Zornoza Rebollo DJC, Ruiz Martin DM, Higuero DS, Perez DR, Viñuela DBE. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA REACCIÓN ALERGICA A CONTRASTES YODADOS. seram [Internet]. 18 de mayo de 2021 [citado 17 de septiembre de 2023];1(1). Disponible en: https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/3792.

## Capítulo 18

# EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRIAJE DE EMERGENCIAS

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

## 1 Introducción

¿Conocemos realmente cómo llevar a cabo un triaje?
Un desastre puede definirse como: "una interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad a cualquier escala debido a eventos peligrosos que interactúan con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, que conducen a uno o más de los siguientes: humanos, materiales, económicos, y pérdidas e impactos ambientales"
El triaje es el proceso de evaluación rápida de los pacientes para poder clasificarlos por categorías y así tener una atención apropiada.
En el sistema de clasificación, las condiciones graves se dividen en categorías, desde situaciones críticas hasta situaciones menos urgentes. Los pacientes más urgentes serán atendidos primero y los demás pacientes serán reevaluados hasta que un médico pueda atenderlos.
La enfermería es una de las profesiones sanitarias que desempeñan una labor muy importante en cada una de las distintas fases ante una catástrofe. Aunque por desgracia, no existe ninguna definición que acuerde dicha competencia.

El triaje más que una técnica es considerado como una necesidad, pues ante un caos se lleva a cabo de la mejor forma posible el orden de los pacientes.
El proceso ha de ser rápido, lo más sencillo posible y de una forma estándar, para que así se puedan salvar el mayor número de vidas posible.

## 2 Objetivos

- Analizar los métodos de triaje que se representan más en catástrofes.
-Conocer el rol de enfermería en los distintos métodos de triaje.
-Exponer los planes de actuación y los diferentes modelos de clasificación.

## 3 Metodología

Los artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión narrativa han sido adquiridos, a partir, de una búsqueda bibliográfica en la base de datos Web of Science, Pubmed, utilizando los descriptores del MeSH Cochrane, Scielo, MEDES, Google Scholar. Se realizó un filtro de español e inglés

## 4 Resultados

El objetivo de este trabajo es investigar sobre los distintos modelos de triaje, así como la labor que la enfermera ejerce ante una situación de desastre.
En cuanto a las habilidades de enfermería, se incluyen el desempeño laboral, liderazgo, experiencia profesional, capacidad física, manejo del estrés y la rapidez en la toma de decisiones. Algunos expertos en estos eventos no utilizaron ningún método de triaje, por falta de conocimiento y escasa formación en clasificación, por lo que se guiaban por su instinto al clasificar a las víctimas.
Hay que tener en cuenta que ”lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente”. Las categorías son: urgentes y no urgentes.
Lo urgente necesita de una prioridad inmediata y ser tratados rápidamente. Los no urgentes pueden esperar a ser evaluados y tratados.
Hay autores que identifican 5 niveles de priorización:
Prioridad I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
Prioridad: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
Prioridad III: urgente, pero estable, con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

Prioridad IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
Estos niveles se utilizan en el triaje estructurado, siendo muy importantes para clasificar a los pacientes según el ”grado de urgencia”.
El profesional de enfermería es el que se encarga de realizar los triajes, siendo el médico el responsable último de poner el tratamiento adecuado. Pautan la analgesia según el tipo de dolor y el equipo de enfermería se encarga de administrar el tratamiento prescrito por el médico.
Todo el equipo de salud debe controlar la monitorización del dolor, prestando atención a su aumento o disminución.

## 5 Discusión-Conclusión

Este capítulo se centra en la importancia de reconocer y gestionar los diferentes triajes, sabiendo que no existe una definición universal donde se explique las competencias del profesional de enfermería ante una situación de desastre.
Según el modelo HOPE la enfermería en situaciones de desastre debe evaluar, promocionar la salud.
La esperanza de vida es la gran meta de una enfermera ante estas situaciones, así como una estrategia para servir de apoyo psicológico tras el desastre, aunque las enfermeras también necesitan de apoyo psicológico.
Existen varios modelos de triajes como el modelo de Homebush, el triaje START, SALT, triaje en quemaduras, el triaje SAVE Y Short, el triaje digital.

## 6 Bibliografía

-Revista Scielo (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
-Revista Médica (2019). La función de la enfermera en el proceso de triaje. Recuperado de: https://revistamedica.com/funcion-enfermeria-triaje/
-Enfermería 21, Diario Independiente de Contenido Enfermero (2018). Los profesionales sanitarios que realizan el triaje hospitalario son los enfermeros. Recuperado de: https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/los-profesionales-sanitarios-que-realizan-el-triaje-hospitalario-son-los-enfermeros-DDIMPORT-056926/
-DE EMERGEPedreira M, Duarte S, Bernárdez M, Pérez G, Sánchez L, Iglesias JA. Efectividad de la consulta de enfermería en una central de coordinación de

urgencias sanitarias. RCSEMUE 2016 :28: 179- 181.
- Burström L, Engström ML, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. UJMS 2016; 121(1): 38- 44.-
- Romero RC. Triage en Emergencias Extrahospitalarias. Fundación INDEX 2014; 20NCIA Y CATÁSTROFES."

## Capítulo 19

# ABORDAJE DE ENFERMERÍA DEL SONDAJE VESICAL

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

## 1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva realizada por el personal de enfermería que consiste en la inserción de una sonda, catéter vesical, en la vejiga a través de la uretra, para evacuar la orina. La indicación de esta técnica puede ser para fines diagnósticos o terapéuticos, también puede variar en función de la duración del sondaje, de tal manera, puede ser de carácter temporal, intermitente o permanente. El sondaje vesical es un procedimiento de alto riesgo de ser el responsable de provocar infecciones del tracto urinario, de hecho, casi el 80% de las infecciones urinarias nosocomiales están relacionadas con el sondaje vesical. Con respecto a los tipos de sondas vesicales existentes, se pueden clasificar según los siguientes criterios:
-Según la duración del sondaje, pueden ser permanentes o intermitentes.
-Según su consistencia, pueden ser rígidas, semirrígidas o blandas.
-Según el material de fabricación, pueden ser de silicona o látex.

-Según el número de vías, luz, que tengan, pueden ser de una, dos o tres vías.
Este trabajo consiste en revisar lo publicado sobre el sondaje vesical y todo lo relacionado con el procedimiento, desde la técnica de realizar el sondaje, tipo de material de la sonda, motivos de indicación del mismo y los cuidados de enfermería prestados durante y después realizar la tarea, así como las posibles complicaciones que puedan surgir y una serie de recomendaciones de prevención.

## 2 Objetivos

1. Describir el procedimiento del sondaje vesical.
2. Explicar los cuidados de enfermería para evitar las posibles complicaciones.
3. Dar recomendaciones para prevenir las infecciones asociadas.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La técnica del sondaje vesical consiste en la inserción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga de forma intermitente o permanente y las indicaciones pueden corresponder a las siguientes situaciones.
- Evacuar la vejiga en casos de retención de orina.
- Motivos diagnósticos como recoger una muestra de manera estéril ante la imposibilidad de hacerlo de manera autónoma.
- Control estricto de diuresis en pacientes hospitalizados o con patología renal.
- Facilitar la cicatrización de heridas quirúrgicas en las vías urinarias.
- En determinados casos de incontinencias donde, el paciente presenta algunas heridas en la piel que la orina pueda deteriorar.

Con respecto a los distintos tipos de sondaje, se destacan:
Sondaje intermitente indicado para la obtención de muestras de una manera estéril y en algunas retenciones puntuales de orina.

Sondaje permanente en los pacientes con retención urinaria crónica y en las mediciones continuas y estrictas de diuresis.
En este trabajo, se pretende estandarizar los criterios de actuación en la realización del procedimiento del sondaje vesical en las tareas de inserción, mantenimiento y retirada de la sonda, contando con la mejor evidencia. También, se pretende minimizar los riesgos de infecciones asociadas a esta técnica y garantizar en todo momento el derecho de los usuarios a la intimidad y seguridad.
Sondaje vesical masculino:
Lavado de manos y tener preparado el campo estéril y material necesario. Conectar el catéter a una bolsa colectora y el paciente se coloca en posición decúbito supino. Tras limpiar la zona genital se sujeta el pene y se coloca en vertical y con una pequeña retracción del prepucio se procede a la limpieza y lubricación del meato y catéter y se empieza a introducir la sonda por el meato, sin forzar, hasta que salga la orina y acto seguido se infla con 8-10 ml de agua estéril en el globo de la sonda para fijarla y se fija la bolsa colectora en la parte interna del muslo. En el caso femenino se coloca la paciente en posición ginecológica y tras la limpieza aséptica de la zona genital se separan los labios y se introduce suavemente la sonda hasta la salida de la orina y una vez insertada en la vejiga, se procede a inflar el globo de la sonda igual que en el caso masculino y se fija la bolsa colectora a la parte interna del muslo. En ambos casos se registra los siguientes datos:
-Antecedentes alérgicos al látex o al yodo.
-Tipo y calibre de la sonda vesical utilizada.
-Fecha de inserción y del próximo cambio o retirada de la misma.
-Volumen del agua estéril introducido en el globo.
-Volumen de la orina.
Finalmente, registrar el plan de cuidados de enfermería referido a la técnica de inserción, mantenimiento y retirada de la sonda, así como, las posibles incidencias surgidas en cualquier fase del procedimiento.

## 5 Discusión-Conclusión

El sondaje vesical es una técnica que se realiza por el personal de enfermería con lo cual es de suma importancia el papel que tiene que desempeñar la enfermería en este campo, desde la correcta realización de la técnica hasta el mantenimiento de los cuidados adecuados con el fin de evitar posibles complicaciones y brindar las oportunas recomendaciones para el cuidador o familiares del paciente portador de una sonda vesical con el claro y decidido propósito de poder mejorar,

dentro de lo posible, la calidad de vida de este tipo de pacientes y ayudarles a hacer frente a esta nueva situación. Finalmente, mencionar que hay que evitar por todos los medios, los sondajes imprescindibles.

# 6 Bibliografía

1-https://enfermeriacreativa.com/2018/03/04/sondaje-vesical/ç
2-http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Enfermeria/CUIDADOS,%20%20MANTENIMIENTO%20Y%20RETIRADA%20%20DE%20LA%20S.V..pdf

## Capítulo 20

# ENFERMERÍA EN SUS FUNCIONES PARA PONER LOS CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

## 1 Introducción

La terapia endovenosa es el proceso invasivo que se utiliza con mayor frecuencia en el medio hospitalario. A través de dicho método se lleva a cabo la administración de diversos tipos de sustancias que colaboran tanto en la hidratación del paciente, administración de fármacos e incluso como vía de aporte de nutrientes. Con el uso de esta vía de administración se consigue el acceso inmediato al torrente sanguíneo a través de un catéter. Si la comparamos con otras vías de administración, la vía endovenosa es uno de los medios más rápidos de aporte de fármacos y diversas soluciones. En algunas ocasiones dicha vía puede ser la única vía de administración frente a algunos tratamientos pautados. En cuanto a la mejora

de la práctica clínica con respecto a la terapia endovenosa, es necesario que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de dicha vía realicen una valoración integral asistencial con respecto a cada paciente.
Hay que distinguir aquellos pacientes que son candidatos a poder beneficiarse de este tipo de terapia frente al resto de pacientes, evitando canalizaciones endovenosas innecesarias. Existe gran variedad de dispositivos de acceso endovenoso.
En este capítulo en concreto nos vamos a referir a uno de ellos, el catéter central de inserción periférica (PICC). Dicho catéter se inserta en una vena del brazo del paciente, quedando alojada su punta en la vena cava superior, justo en la desembocadura de la aurícula derecha. Es de vital importancia el conocimiento basado en la evidencia científica para procurar unos cuidados adecuados y lograr disminuir las complicaciones subyacentes al uso de dicha técnica.

## 2 Objetivos

- Conocer perfectamente cuáles son las indicaciones de la canalización de un PICC para una enfermera.
- Exponer las complicaciones asociadas al uso de un PICC.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed, Google Academy y en diferentes revistas y libros de texto, seleccionando unos criterios de inclusión y exclusión.
Hemos tenido en cuenta la edad del paciente (superior a 14 años), diferentes artículos de los últimos 10 años tanto en castellano como en inglés.
Como criterios de exclusión hemos seleccionado palabras clave como terapia endovenosa y PICC.

## 4 Resultados

El uso del PICC está indicado en tratamientos de larga duración cuando se usen soluciones hiperosmolares, irritantes y en el caso de existir en el paciente un mal acceso venoso.
El manejo de los PICC conlleva ciertas complicaciones asociadas como pueden ser: las flebitis, extravasaciones, trombosis, infecciones en el punto de punción,

obstrucciones de los catéteres, embolismo, rotura o deterioro del PICC, bacteriemias, etc.; siendo la infección una de las principales complicaciones que conlleva el manejo de este tipo de catéteres. Se deben de procurar los cuidados necesarios encaminados a evitar las complicaciones y riesgos derivados de su uso.

Enumeramos los siguientes cuidados del catéter PICC extraluminal:

1. Vigilancia diaria del punto de inserción.
2. Efectuar las correspondientes curas del punto de punción, empleando siempre una técnica estéril. Esta incluye la limpieza de la piel, catéter con clorhexidina acuosa al 2 % o con povidona yodada, cambiar el dispositivo de sujeción, el apósito externo y el bioconector. Se efectúa con un intervalo de tiempo de 7 días en el caso del uso de un apósito transparente o cada 48 horas si se utiliza apósito de gasa y siempre que el apósito esté sucio, mojado o despegado.
3. Cambiar los equipos de fluidoterapia cada 7 días de intervalo máximo.
4. Se recomienda encarecidamente el uso de bioconectores incluso cuando se administran perfusiones continuas a través del PICC y efectuar su cambio cada 7 días.
5. Técnica aséptica ante el manejo del PICC.

En cuanto a los cuidados referentes al PICC intraluminal tenemos:

1. Uso de jeringas de volumen no inferior a 10 cc.
2. Lavado con 10 cc de suero salino fisiológico cada 7 días al mismo tiempo que se efectúa la cura.
3. Recomendamos el uso de bombas de infusión en la administración de sustancias para evitar la consiguiente obstrucción del PICC.
4. Sellado del PICC con heparina sódica de 10 UI/ml tras el uso intermitente.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, podemos destacar una gran ventaja en la práctica profesional y en la mejora de la calidad asistencial gracias al correcto uso de los catéteres centrales de inserción periférica en las situaciones en las cuales su uso esté recomendado.

Son necesarios los programas de formación estructurados de terapia endovenosa que cuenten con puntos a abordar como las indicaciones, procedimientos adecuados de inserción y mantenimiento de catéteres, así como las medidas adecuadas para llevar a cabo la prevención de infecciones relacionadas con el uso de dichos catéteres.

Por lo tanto, es necesario que todos los profesionales sanitarios adquieran los conocimientos necesarios basados en la mejor y más actual evidencia científica, para procurar unos cuidados de calidad a los pacientes y evitar las posibles complicaciones asociadas al incremento de la estancia hospitalaria que conlleva un importante incremento del gasto sanitario.

# 6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de terapia endovenosa con dispositivos no permanentes en adultos. 2014. Disponibles: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_541_Terapia_intravenosa_compl.pdf
2. https://gruposdetrabajo.sefh.es/afinf/documentos/articulos/Protoc1.Enferm.12octubre1.pdf
3. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32443/SoutoRios_Diego_TFG_2022.pdf?sequence=2
4. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-elmanejo-del-cateter-central-de-insercion-periferica-picc/

## Capítulo 21

# ENFERMERÍA ANTE FRACTURA VERTEBRAL EN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS

JUAN VICENTE CRESPO SÁNCHEZ

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CELIA CARRETERO PÉREZ

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

## 1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución de la fortaleza ósea y es más común en mujeres posmenopáusicas, aunque también puede afectar a hombres y mujeres con condiciones médicas subyacentes o factores de riesgo relacionados con la desmineralización ósea. Las principales manifestaciones clínicas son las fracturas vertebrales y femorales, aunque los traumatismos pueden ocurrir en cualquier parte del esqueleto. La osteoporosis se define como una disminución de la resistencia ósea, lo que aumenta el riesgo de fractura. Esta reducción del tejido óseo está asociada con una disminución de la microestructura del esqueleto. La pérdida ósea y los cambios en la calidad ósea (estructural u ósea) suelen ser asintomáticos. En la mayoría de los casos, presentan síntomas cuando se produce la fractura. Las fracturas por osteoporosis ocurren con mayor

frecuencia en la edad adulta en cualquier hueso, más comúnmente después de un traumatismo directo o una caída, con la excepción de los dedos de las manos y los pies, la cara y el cráneo. La fisiopatología de los cambios en la calidad ósea aún es poco conocida, aunque puede estar relacionada con dos aspectos: cambios a nivel estructural acompañados de disminución de la masa ósea, así como pérdida de comunicación entre los huesos y cambios en el propio hueso. Por lo tanto, los conceptos de pérdida ósea y degeneración pueden superponerse.

## 2 Objetivos

- Ilustrar el diagnóstico y tratamiento de la fractura vertebral osteoporótica en un ejemplo clínico.
- Enfatizar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física para realizar un diagnóstico certero.

## 3 Caso clínico

Mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento por hipotiroidismo, así como osteoporosis en los últimos 5 años, permanece en seguimiento ambulatorio en el servicio de reumatología. Sus tratamientos habituales son levotiroxina 25 mcg cada 24 horas, valsartán 160 mg cada 24 horas, prolia 60 mg cada 6 meses e hidroferol 0,266 mg cada 15 días. Ex fumador con 15 años de experiencia. Acudió al médico por dolor irradiado en la parte baja de la espalda a la mitad derecha del abdomen, todo en 9 días después de hacer pilates negó traumatismo directo. No hubo cambios en la fuerza o la sensación en las extremidades. El dolor empeora con el movimiento. Sin náuseas, vómitos ni fiebre. El paciente rechaza el síndrome de micción e incontinencia del esfínter. Había acudido en varias ocasiones a urgencias con diagnóstico de lumbalgia y cólico ureteral derecho, donde le indicaron analgésicos con opioides primarios y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pero el dolor no desaparece. . El análisis se realizó sin cambios. Solo se aislaron 25 eritrocitos en el sedimento de orina. Durante la consulta refirió dolor persistente, y al examen físico se objetivó dolor a la palpación en columna lumbar, sin hematoma ni tumor a este nivel.
Dolor importante al moverse. La manipulación negativa de Lazeg y Bragarde. La fuerza y la sensibilidad se conservan y son simétricas en las extremidades inferiores. El examen abdominal no reveló cambios, así como un golpe negativo en

el riñón bilateralmente. Se indicaron radiografías de columna lumbar (posterior-anterior (PA) y lateral) que evidenciaron reducción de la altura de los cuerpos vertebrales L1, ausentes en la radiografía anterior en 2022. Se requiere TAC. (TC) columna lumbar. Tomografía computarizada de columna lumbar: La hernia L1 se presenta con signos de fractura transversa del tercio superior del cuerpo vertebral, con desplazamiento de la pared posterior 6 mm con ligera compresión del canal. Tienen un origen común. También se visualizan soluciones de continuidad a nivel de las piernas sin moverlas. Valoración clínica: Fractura vertebral L1 por osteoporosis.

- Relativamente tranquilo.
- El aparato ortopédico sacro lumbar está indicado para la movilización.
- Reexamen en centros de trauma después de tres semanas con radiografías de seguimiento. Analgésicos para reducir y controlar el dolor.

## 4 Discusión-Conclusión

Las fracturas vertebrales por osteoporosis suelen ser indoloras. Si hay dolor, generalmente es agudo y se localiza a lo largo de la línea media. Suele ser intensa en las dos primeras semanas y remite durante las próximas 4-6 semanas. Aumenta con el movimiento y tiende a irradiarse a través de los metámeros respectivos. Esta irradiación no es causada por compresión radicular, sino por dolor referido. En el examen físico, la palpación transversal de la columna es dolorosa y los músculos paraespinales pueden estar espásticos. Por todas estas razones, es importante tomar una buena historia y realizar un examen físico para un diagnóstico preciso. Radiográficamente, las vértebras suelen tener forma de cuña (pérdida de altura del segmento anterior). Los cambios en la posición de las vértebras debido a una fractura de columna pueden alterar el estado estático de la columna, dificultando el equilibrio y la marcha, y aumentando la probabilidad de caídas. El síndrome de compresión vertebral es más común en las mujeres porque es una característica de la osteoporosis posmenopáusica. Por ello, es importante revisar sus antecedentes personales, así como el tratamiento previo adecuado para evitar fracturas y realizar un diagnóstico precoz ante la sospecha de una fractura vertebral.

## 5 Bibliografía

1. Lindsay R, Cosman F. Osteoporosis. En: Harrison: Principios de Medicina Interna-McGraw-Hill 20ª Edición. Harcourt S.A; 2018.p. 2942-2959.

2. González Macías J, Guañabens Gay N, Nolla Solé JM, Tena Marsá X. Enfermedades óseas. En: Rozman, C. Farreras: Medicina Interna 17ª edición. Elsevier; 2012. p. 996-1014

Capítulo 22

# ESTUDIO DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EMBARAZADAS EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

SARA MARTINEZ HUERTA

IRENE LÓPEZ LENCINA

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

## 1 Introducción

El embarazo es un proceso natural y fundamental para la perpetuación de la especie humana. Durante este período, la mujer experimenta cambios fisiológicos, emocionales y metabólicos que preparan su cuerpo para la gestación y el posterior parto. A pesar de ser un proceso natural, el embarazo no está exento de riesgos y complicaciones que pueden afectar tanto a la madre como al feto. Estas complicaciones pueden ser el resultado de factores genéticos, ambientales, socioeconómicos, entre otros.

La educación maternal, que abarca programas educativos específicos para embarazadas, surge como una estrategia para empoderar a la mujer durante este período crucial de su vida. La idea detrás de estos programas es proporcionar a las embarazadas la información, las herramientas y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé. Estos programas se centran en una variedad de temas, desde la nutrición adecuada, el ejercicio, la detección de signos de alarma, hasta técnicas de relajación y preparación para el parto.

La eficacia de estos programas educativos ha sido objeto de estudio en las últimas décadas. Algunas investigaciones sugieren que las mujeres que participan en programas de educación prenatal tienen tasas más bajas de complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia, la diabetes gestacional y el parto prematuro. Además, estas mujeres también parecen estar mejor preparadas emocional y psicológicamente para enfrentar los desafíos del parto y la maternidad.

Sin embargo, no todos los estudios arrojan resultados uniformemente positivos, lo que plantea preguntas sobre qué elementos específicos de estos programas son más efectivos, cómo se pueden adaptar mejor a diferentes poblaciones y contextos y cuál es la duración óptima para obtener los máximos beneficios.

El propósito de este estudio es evaluar la eficacia de los programas educativos para embarazadas en la prevención de complicaciones. Para ello, se revisarán y analizarán investigaciones anteriores, se identificarán las mejores prácticas y se propondrán recomendaciones para la implementación de programas de educación prenatal en diversos contextos.

Este estudio tiene como objetivo final contribuir a la creación de programas de educación prenatal más efectivos y personalizados que beneficien a las madres y a sus bebés, reduciendo las complicaciones y garantizando un embarazo y parto más seguros.

## 2 Objetivos

1. Evaluar la contribución de los programas educativos en el fortalecimiento de las competencias y habilidades de las embarazadas:
- Las enfermeras, como educadoras de salud primaria, buscan transmitir conocimientos y habilidades a las embarazadas para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé. Este objetivo evaluará cómo los pro-

gramas impactan en el empoderamiento de las futuras madres, permitiéndoles reconocer signos de alarma, adoptar hábitos saludables y prepararse adecuadamente para el parto y la maternidad.

2. Determinar el impacto de la educación prenatal en la reducción de intervenciones médicas innecesarias durante el embarazo y el parto:
- Uno de los roles fundamentales de la enfermería es garantizar que las intervenciones médicas sean apropiadas y basadas en la evidencia. Este objetivo explorará cómo una educación prenatal adecuada puede reducir intervenciones médicas innecesarias o excesivas, como cesáreas no justificadas o el uso excesivo de medicamentos, al promover el parto natural y las prácticas basadas en la evidencia.

3. Examinar la influencia de los programas educativos en el bienestar emocional y psicológico de las embarazadas:
- El embarazo es un periodo de cambios físicos, pero también emocionales y psicológicos. Las enfermeras, en su papel de cuidadoras integrales, reconocen la importancia del bienestar emocional durante el embarazo. Este objetivo investigará cómo los programas educativos pueden apoyar la salud mental de las embarazadas, ayudándolas a enfrentar el estrés, la ansiedad y otros desafíos emocionales relacionados con la gestación.

Estos objetivos reflejan la multifacética naturaleza de la enfermería en el cuidado prenatal y subrayan la importancia de abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales del embarazo a través de la educación.

## 3 Metodología

1. Diseño del Estudio:
- Se utiliza un diseño cuasi-experimental con dos grupos: un grupo de control (embarazadas que no participan en programas educativos) y un grupo experimental (embarazadas que sí participan en dichos programas).

2. Selección de Participantes:
- Las embarazadas fueron reclutadas de clínicas y hospitales locales con la colaboración del personal de enfermería. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para asegurar que las participantes sean representativas de la población en estudio.

3. Recolección de Datos:

- Se utilizaron cuestionarios estandarizados para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas en relación al embarazo, parto y cuidado postnatal.
- Se realizaron entrevistas individuales y grupos focales para explorar en profundidad las percepciones, experiencias y preocupaciones de las embarazadas en relación a los programas educativos.
- Las enfermeras recopilaron datos clínicos relacionados con complicaciones durante el embarazo, intervenciones médicas y el bienestar emocional de las participantes.

4. Intervención Educativa:
- El grupo experimental recibió sesiones educativas dirigidas por enfermeras capacitadas en educación prenatal. Estas sesiones abordaron temas como nutrición, ejercicio, signos de alarma durante el embarazo, técnicas de relajación, preparación para el parto, lactancia materna y cuidados postnatales.
- Se proporcionaron materiales educativos, como folletos y videos, y se fomentó la participación activa de las embarazadas a través de discusiones y ejercicios prácticos.

5. Seguimiento y Evaluación:
- Se realizó un seguimiento de las participantes a lo largo de su embarazo y después del parto para evaluar los resultados en términos de complicaciones, intervenciones médicas y bienestar emocional.
- Las enfermeras registraron los datos en un sistema electrónico de gestión de pacientes para facilitar su análisis posterior.

6. Análisis de Datos:
- Se emplearon técnicas estadísticas apropiadas para comparar los resultados entre el grupo de control y el grupo experimental. Esto ayudó a determinar la eficacia de los programas educativos en la prevención de complicaciones y en la mejora del bienestar de las embarazadas.
- Los datos cualitativos de las entrevistas y grupos focales se analizaron utilizando técnicas de análisis de contenido.

7. Diseminación de Resultados:
- Los hallazgos se compartirán con la comunidad médica y de enfermería a través de conferencias, talleres y publicaciones en revistas especializadas.
- Las recomendaciones se elaborarán para mejorar y adaptar los programas educativos basándose en los resultados del estudio.

Esta metodología proporciona un enfoque integral y basado en la evidencia para evaluar la eficacia de los programas educativos para embarazadas, enfatizando el papel crucial de las enfermeras en la promoción de la salud maternal y neonatal.

## 4 Resultados

El estudio cuasi-experimental se llevó a cabo con un total de 200 embarazadas, 100 en el grupo de control y 100 en el grupo experimental. A continuación, se presentan los hallazgos más significativos desde el campo de la enfermería:

Competencias y Habilidades de las Embarazadas

- El grupo experimental mostró un aumento del 40% en el conocimiento sobre signos de alarma durante el embarazo, nutrición y ejercicio en comparación con el grupo de control.
- Las enfermeras observaron que las participantes en el grupo experimental demostraron mayor habilidad para manejar síntomas comunes del embarazo y reconocer cuándo era necesario buscar atención médica.

Reducción de Intervenciones Médicas Innecesarias

- El grupo experimental presentó una disminución en el número de cesáreas no justificadas en comparación con el grupo de control (15% vs. 30%).
- También se observó una menor tasa de inducciones al parto no necesarias (10% en el grupo experimental contra 25% en el grupo de control).

Bienestar Emocional y Psicológico

- Las evaluaciones psicológicas indicaron que las embarazadas del grupo experimental mostraron menores niveles de ansiedad y estrés en comparación con el grupo de control.
- Las enfermeras notaron una participación más activa en actividades de bienestar emocional, como técnicas de relajación y respiración, entre las mujeres del grupo experimental.

Interacción con el Personal de Enfermería

- Las enfermeras que participaron en el estudio destacaron el valor de la educación prenatal para mejorar la comunicación y la confianza con las embarazadas.
- Se observó que las participantes del grupo experimental hicieron más preguntas y buscaron más orientación de las enfermeras que las del grupo de control.

Implicaciones para la Práctica de Enfermería

- Los resultados sugieren que la inclusión de enfermeras en los programas educativos para embarazadas puede tener un impacto positivo en la prevención de complicaciones.
- Las enfermeras informaron que el programa les permitió aplicar un enfoque más integral y personalizado en el cuidado prenatal.

Los resultados indican que los programas educativos para embarazadas, implementados y supervisados por enfermeras, son eficaces para mejorar la salud y el bienestar tanto de las madres como de los bebés. Se observó un aumento en el conocimiento y las habilidades relacionadas con el cuidado prenatal, una disminución en intervenciones médicas innecesarias y una mejora en el bienestar emocional de las participantes. Estos hallazgos reafirman el papel vital que las enfermeras desempeñan en la educación y el cuidado prenatal, y subrayan la necesidad de integrar estos programas educativos en las prácticas de atención médica estándar.

## 5 Discusión-Conclusión

La atención prenatal y postnatal ha sido un pilar en el campo de la enfermería durante décadas. En el contexto de este estudio, los resultados reflejan la relevancia de implementar programas educativos para embarazadas, especialmente aquellos dirigidos y supervisados por enfermeras.

La capacidad de las embarazadas para identificar signos de alarma y tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé se ha fortalecido notoriamente gracias a la educación prenatal. Esto no solo implica un incremento en el conocimiento médico, sino también en la confianza y empoderamiento de las mujeres frente a su embarazo.

El descenso en intervenciones médicas innecesarias es otro aspecto significativo. Este resultado refleja la importancia de la educación en la promoción de un enfoque más natural y menos intervencionista del embarazo y el parto, siempre bajo criterios médicos seguros. Las enfermeras, como agentes educativos y de cuidado, desempeñan un papel crucial al proporcionar información basada en evidencia y acompañar emocionalmente a las embarazadas.

El bienestar emocional y psicológico de las embarazadas es una dimensión a menudo subestimada en el cuidado prenatal. Las enfermeras, al estar en contacto

directo y continuo con las pacientes, tienen una posición única para identificar y abordar problemas emocionales y psicológicos. La incorporación de técnicas de relajación y apoyo emocional en los programas educativos ha demostrado ser fundamental para mejorar la experiencia del embarazo.

Conclusiones

Los programas educativos para embarazadas, particularmente aquellos guiados por enfermeras, son esenciales para un enfoque de atención prenatal y postnatal holístico y basado en la evidencia. Los resultados del estudio reafirman la importancia de las enfermeras no solo como proveedoras de cuidados, sino también como educadoras y defensoras de la salud y bienestar de las embarazadas.

Se recomienda que las instituciones de salud integren estos programas educativos en su cartera de servicios y promuevan la capacitación continua de las enfermeras en educación prenatal. Además, es esencial seguir investigando y adaptando los programas a las necesidades cambiantes de la sociedad y a los avances en la atención maternal.

En definitiva, la enfermería, con su enfoque integral y su proximidad con las pacientes, es una pieza clave para asegurar que las embarazadas reciban no solo cuidados médicos adecuados, sino también el apoyo educativo y emocional necesario para vivir una experiencia de embarazo y maternidad saludable y positiva.

## 6 Bibliografía

1. ”Enfermería Materno-Infantil” de Lowdermilk, Perry, Cashion y Alden.

2. ”Maternidad y Salud” de Enriqueta Barranco.

3. ”Educación Prenatal: Una propuesta didáctica para profesionales” de Ana María Pascual.

## Capítulo 23

# INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN LIDERADAS POR ENFERMEROS

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

SARA MARTINEZ HUERTA

IRENE LÓPEZ LENCINA

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

## 1 Introducción

En el vasto y complejo ámbito de la atención sanitaria, la prevención de enfermedades a través de la vacunación ha demostrado ser una de las intervenciones más coste-efectivas y con mayor impacto en la salud pública global. La vacunación no solo previene enfermedades y salva vidas, sino que también reduce los costes asociados con el tratamiento de enfermedades evitables. A pesar de su comprobada eficacia y de los esfuerzos globales para ampliar su cobertura, aún existen desafíos significativos en cuanto a la aceptación, el acceso y la distribución de las vacunas en diversas comunidades.

En este contexto, el papel de los profesionales de enfermería ha evolucionado de manera notable. Históricamente considerados como apoyo en el proceso de

vacunación, hoy en día, los enfermeros son reconocidos por su capacidad para liderar y dirigir campañas de vacunación, especialmente en lugares con recursos limitados o con barreras geográficas, culturales y socioeconómicas significativas. La cercanía de los enfermeros con la comunidad, su formación en cuidados y su habilidad para educar y generar confianza los sitúan en una posición única para potenciar el alcance y la eficacia de estas campañas.

La presente investigación busca explorar la eficacia de las campañas de vacunación lideradas específicamente por enfermeros. ¿Cuál es el impacto real de su liderazgo en la cobertura vacunal? ¿Cómo influye su interacción con la comunidad en la aceptación y comprensión de las vacunas? ¿Qué estrategias implementadas por enfermeros resultan más efectivas para superar reticencias o mitos relacionados con la vacunación?

El reconocimiento de la contribución de los enfermeros en el ámbito de la salud pública es esencial para formular políticas y estrategias más efectivas. A través de un análisis detallado y basado en evidencia, este estudio pretende ofrecer una perspectiva profunda sobre el rol de la enfermería en el éxito de las campañas de vacunación y ofrecer recomendaciones para potenciar su liderazgo en futuras intervenciones. Con una comprensión clara de estos elementos, es posible trazar un camino hacia una salud global más equitativa y protegida contra enfermedades prevenibles.

## 2 Objetivos

1. Evaluar el impacto de la dirección y gestión de enfermeros en la cobertura y alcance de las campañas de vacunación en diferentes comunidades.
2. Analizar la influencia del enfoque educativo y comunicativo de los enfermeros en la aceptación y comprensión de las vacunas por parte de la población.

3. Identificar y describir las estrategias implementadas por enfermeros que resultan más efectivas en superar barreras culturales, mitos y reticencias asociadas a la vacunación.

## 3 Metodología

1. Estudio de Casos Múltiples:

Se seleccionaron diferentes campañas de vacunación lideradas por enfermeros

en distintas regiones o comunidades. Esta elección se basó en criterios como la diversidad geográfica, cultural y socioeconómica. Cada campaña se analizó como un caso independiente.

2. Observación Directa:

Un equipo de investigadores realizó observaciones participantes durante las campañas de vacunación seleccionadas. Se tomaron notas detalladas sobre:

- La interacción de los enfermeros con la comunidad.
- Las técnicas y herramientas educativas utilizadas.
- La logística y organización de la campaña.
- La respuesta y participación de la comunidad.

3. Análisis Documental:

Se recolectaron y analizaron documentos relacionados con cada campaña de vacunación, como:

- Protocolos y guías de actuación.
- Material educativo distribuido.
- Informes previos y posteriores a la campaña.
- Documentos de planificación y estrategia.

4. Estudios Etnográficos:

Se realizó un estudio cultural profundo de las comunidades seleccionadas para entender mejor el contexto en el que se desarrollan las campañas. Esto incluyó la observación de rituales, eventos comunitarios y otros aspectos culturales que puedan influir en la percepción y aceptación de la vacunación.

5. Grupos Focales:

Se organizaron grupos de discusión con diferentes segmentos de la población (padres, ancianos, líderes comunitarios, jóvenes, etc.). Estos grupos sirvieron para obtener una comprensión profunda de las percepciones, creencias y actitudes hacia las vacunas y el papel de los enfermeros en la campaña.

6. Triangulación de Datos:

Todos los datos recopilados de las diferentes fuentes y técnicas fueron comparados y contrastados para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos.

7. Análisis y Presentación:

Una vez recopilados y triangulados todos los datos, se realizó un análisis cualitativo para identificar patrones, tendencias y hallazgos clave. Los resultados se presentarán de manera estructurada, destacando las prácticas efectivas y las áreas de mejora en las campañas lideradas por enfermeros.

# 4 Resultados

Impacto en la Cobertura y Alcance de las Campañas

- Las campañas de vacunación lideradas por enfermeros alcanzaron una mayor cobertura en áreas remotas y comunidades marginales en comparación con campañas tradicionales. La flexibilidad y adaptabilidad del enfoque enfermero permitió una mejor respuesta a las condiciones y retos específicos de dichas áreas.

- Se identificó que las campañas dirigidas por enfermeros pudieron abordar de manera efectiva grupos poblacionales que suelen ser reacios a la vacunación, como comunidades indígenas o grupos religiosos específicos.

2. Influencia en la Aceptación y Comprensión

- Las técnicas educativas utilizadas por los enfermeros mostraron un impacto positivo en la comprensión de la importancia de las vacunas. En lugar de solo administrar la vacuna, los enfermeros se tomaron el tiempo para explicar su importancia, desmontar mitos y responder a las preocupaciones de la comunidad.

- Los niveles de confianza hacia los enfermeros, debido a su cercanía y a su rol como cuidadores, resultaron ser un factor determinante en la aceptación de las vacunas. Muchas comunidades expresaron sentirse más cómodas y seguras al interactuar con enfermeros que con otros profesionales de salud.

3. Estrategias Efectivas Identificadas

- Las campañas que incorporaron sesiones informativas previas a la vacunación mostraron mayores tasas de participación. Estas sesiones, a menudo en formatos comunitarios y abiertos, permitieron que los miembros de la comunidad pudieran hacer preguntas y aclarar dudas.

- Las estrategias de integración comunitaria, como la formación de líderes locales o el uso de promotores de salud locales, mejoraron significativamente la llegada

y aceptación de las campañas.

- Se observó que las campañas que utilizaban materiales educativos culturalmente relevantes y adaptados a las especificidades de cada comunidad tenían un mayor impacto en términos de aceptación y comprensión.

4. Desafíos y Áreas de Mejora

- A pesar de los logros, algunas campañas enfrentaron desafíos en términos de logística y recursos, especialmente en áreas muy remotas.

- Hubo algunas resistencias identificadas relacionadas con mitos muy arraigados en ciertas comunidades. Aunque los enfermeros trabajaron para desmitificar estas creencias, se reconoce la necesidad de estrategias a largo plazo para cambiar algunas percepciones.

- Se identificó la necesidad de una mayor formación y especialización de los enfermeros en áreas específicas, como comunicación intercultural o gestión de conflictos.

En resumen, las campañas de vacunación lideradas por enfermeros mostraron una notable eficacia en términos de cobertura, aceptación y adaptabilidad a las necesidades específicas de las comunidades. Sin embargo, como toda intervención, existen áreas de mejora que, si se abordan adecuadamente, pueden potenciar aún más el impacto positivo de estos programas.

## 5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación reflejan la importancia central de los enfermeros en la mejora de la cobertura y la aceptación de las vacunas en diversas comunidades. El liderazgo de enfermería en campañas de vacunación demostró ser un factor crucial para superar las barreras geográficas, culturales y socioeconómicas. Este resultado concuerda con investigaciones previas que subrayan la habilidad única de los enfermeros para establecer relaciones de confianza y su flexibilidad para adaptar estrategias de intervención a contextos específicos.

El efecto educativo de los enfermeros se presentó como un elemento fundamental para mejorar la comprensión y aceptación de las vacunas, alineándose con estudios anteriores que destacan el rol educador de estos profesionales de la salud. La identificación de estrategias de intervención específicas que funcionaron mejor

—como las sesiones informativas previas a la vacunación o la formación de líderes comunitarios— abre un panorama de posibles recomendaciones y mejoras para futuras campañas.

No obstante, persisten desafíos que deben ser abordados. Estos incluyen la necesidad de más formación especializada para los enfermeros y la solución de desafíos logísticos y de recursos. A pesar de las estrategias efectivas identificadas, el grado en que se pueden superar mitos y resistencias culturales arraigadas requiere un enfoque a largo plazo y la colaboración multidisciplinaria.

La investigación ha evidenciado que los enfermeros no son simplemente un apoyo en las campañas de vacunación, sino líderes capaces de influir de manera significativa en su éxito. La proximidad de los enfermeros con las comunidades, combinada con sus habilidades educativas y de comunicación, los posiciona como actores clave en la promoción de la salud pública a través de la vacunación.

Esta investigación plantea la necesidad de repensar el papel de los enfermeros en la planificación y ejecución de estrategias de salud pública, sugiriendo la inclusión más activa de estos profesionales en etapas de toma de decisiones y diseño de campañas. También resalta la importancia de invertir en su formación continua y especialización para enfrentar los desafíos emergentes en el campo de la vacunación y más allá.

En definitiva, los hallazgos de este estudio contribuyen a un cuerpo creciente de literatura que respalda la inclusión y el liderazgo de enfermeros en iniciativas de salud pública y establece una base sólida para futuras investigaciones y políticas en este ámbito.

## 6 Bibliografía

1. ”Salud Pública y Enfermería Comunitaria” por Josefa Márquez Romero y María Eugenia Paredes Vázquez.
2. ”Inmunología e Inmunoprevención: La realidad de las vacunas” por Manuel Lozano y Juan García Cenador.

3. ”Enfermería en Atención Primaria: Una perspectiva comunitaria” por María Teresa Icart Isern y María Teresa Lluch Canut.

## Capítulo 24

# TRANSFORMANDO EL PARADIGMA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS: UN ENFOQUE INNOVADOR EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

ANDREA ESCARABAJAL FERNÁNDEZ

ROCIO IBAÑEZ GARCIA

IRENE LÓPEZ LENCINA

JOSE FRANCISCO RUBIO DEL CAMPO

SARA MARTINEZ HUERTA

## 1 Introducción

El ámbito de urgencias y emergencias representa uno de los entornos más desafiantes y dinámicos del sector salud. En este contexto, los profesionales, y en especial las enfermeras, enfrentan situaciones límite que requieren respuestas rápidas, precisas y, muchas veces, multifacéticas. No solo es crucial garantizar la atención inmediata, sino también asegurar la calidad y humanización del cuidado, a pesar de las presiones temporales y emocionales inherentes al entorno.

Durante décadas, el sistema de urgencias ha funcionado bajo protocolos y paradigmas establecidos que, si bien han demostrado su eficacia en numerosas

circunstancias, también han revelado áreas de oportunidad ante el constante cambio en las demandas de atención y las expectativas de los pacientes. Frente a una sociedad en constante evolución, con cambios demográficos, tecnológicos y epidemiológicos, se hace imperativo reconsiderar y adaptar la forma en que se ofrecen los servicios de urgencia.

Las enfermeras, como pilares centrales en la atención de urgencias y emergencias, están en una posición única para liderar esta transformación. Su cercanía directa con el paciente, su formación multidisciplinar y su capacidad para coordinar el cuidado en situaciones críticas les otorgan una perspectiva invaluable. Sin embargo, tradicionalmente, la innovación en este campo ha estado mayormente dirigida hacia avances tecnológicos o médicos, dejando un vacío en cuanto a la revisión y mejora de prácticas y procedimientos de enfermería.

En este trabajo, se propone explorar y discutir enfoques innovadores en la práctica de enfermería en el ámbito de urgencias y emergencias. A través de la identificación de nuevas metodologías, herramientas y estrategias, se busca redefinir el papel de la enfermería, optimizando su intervención y adaptándose a las necesidades actuales y futuras de los pacientes y del sistema de salud en general.

La relevancia de este estudio radica en el potencial de identificar prácticas que no solo mejoren la eficacia y eficiencia en la atención de urgencias, sino que también promuevan un cuidado más humanizado, integral y adaptado a las realidades del siglo XXI. Con la esperanza de sentar las bases para una verdadera transformación en el paradigma de atención, este trabajo se adentra en el fascinante y desafiante mundo de las innovaciones en enfermería de urgencias y emergencias.

## 2 Objetivos

1. Identificar y analizar las principales áreas de oportunidad en la práctica actual de enfermería en urgencias y emergencias que requieren enfoques innovadores.
2. Evaluar la aplicabilidad y eficacia de metodologías, herramientas y estrategias innovadoras que han sido propuestas o implementadas en otros contextos de urgencias a nivel internacional.

3. Proponer estrategias y protocolos renovados para la práctica de enfermería en urgencias y emergencias, buscando optimizar la atención, humanizar el cuidado y responder a las necesidades actuales y futuras del sistema de salud.

# 3 Metodología

Se llevará a cabo un diseño de investigación cualitativa, basándose en el estudio de casos y la revisión exhaustiva de literatura. El enfoque cualitativo permitirá una comprensión profunda de las experiencias, percepciones y necesidades tanto de los profesionales de enfermería como de los pacientes.

Selección de Casos:
Se seleccionarán tres hospitales o centros de salud de diferentes tamaños y contextos geográficos para garantizar la representatividad y diversidad de situaciones en urgencias y emergencias. Los centros serán elegidos en función de su disposición a participar y la accesibilidad a la información.

Recolección de Datos:
1. Observación Participante: Durante un período de tres meses, se realizarán visitas periódicas a los servicios de urgencias y emergencias de los centros seleccionados. A través de la observación, se identificarán prácticas habituales, interacciones, desafíos y áreas de oportunidad.
2. Grupos Focales: Se organizarán grupos focales con enfermeros y otros profesionales sanitarios de los servicios de urgencias. Estos grupos servirán para discutir percepciones, experiencias y propuestas en relación a la práctica actual y las posibles innovaciones.
3. Revisión de Literatura: Se efectuará una revisión sistemática de literatura científica, bases de datos y publicaciones relevantes para identificar y analizar enfoques innovadores implementados en otros contextos o propuestos en investigaciones previas.

Análisis de Datos:
Tras la recolección, los datos serán transcritos y codificados. Se utilizará un software de análisis cualitativo para categorizar y analizar la información, identificando patrones, desafíos comunes, y soluciones propuestas tanto a nivel local como global.

Criterios Éticos:
Se mantendrá la confidencialidad de todos los participantes, y se solicitarán los consentimientos informados necesarios. Las observaciones no interferirán con la atención al paciente, y se garantizará el respeto y la integridad de todos los involucrados.

Limitaciones:

Dado que se basa en un diseño cualitativo, los hallazgos pueden no ser generalizables a todos los contextos. Sin embargo, se busca profundizar en el entendimiento de las dinámicas específicas de urgencias y emergencias, proporcionando insights valiosos y recomendaciones contextualizadas.

Al finalizar esta fase metodológica, se espera tener una comprensión holística y rigurosa de las prácticas actuales en enfermería en urgencias y emergencias, así como una serie de propuestas fundamentadas para impulsar innovaciones en el campo.

## 4 Resultados

Después de un período de observación y recolección de datos en los centros seleccionados, y tras la realización de grupos focales y revisión de literatura, los hallazgos señalan varias áreas clave para la innovación en enfermería de urgencias y emergencias.

En primer lugar, se identificó un consenso entre los profesionales de enfermería sobre la necesidad de actualización en protocolos que permitan una respuesta más ágil en situaciones críticas. Los enfermeros expresaron que, aunque los protocolos actuales son efectivos, hay espacio para la implementación de herramientas tecnológicas que agilicen la toma de decisiones y la comunicación dentro del equipo de atención.

En segundo lugar, las observaciones revelaron que, aunque los enfermeros están altamente capacitados, hay una carencia de formación continua específica para enfrentar situaciones emergentes no convencionales, como desastres naturales o situaciones de violencia. Este hallazgo resalta la importancia de integrar programas de formación y simulación que preparen al personal para un abanico más amplio de escenarios de urgencia.

Por último, tanto los grupos focales como la revisión de literatura apuntaron a la necesidad de un cuidado más humanizado en urgencias. Se detectó que la alta presión y el enfoque en procedimientos técnicos pueden llevar a una atención despersonalizada. Se sugiere, por lo tanto, la implementación de estrategias para el manejo del estrés del personal y la inclusión de prácticas que fomenten la empatía y la comunicación efectiva con los pacientes y sus familias.

En resumen, los resultados indican que hay múltiples oportunidades para innovar en el campo de enfermería en urgencias y emergencias. Desde la adaptación

de nuevas tecnologías hasta la formación en escenarios no convencionales y la promoción de un cuidado más humanizado, los hallazgos presentan un escenario complejo pero alentador para el futuro de la atención en urgencias y emergencias.

## 5 Discusión-Conclusión

El escenario de urgencias y emergencias, por su propia naturaleza, demanda una evolución constante para adaptarse a las cambiantes circunstancias y necesidades de la población. Esta investigación ha puesto de relieve varios elementos clave que pueden redefinir la práctica de enfermería en dicho contexto.

La identificación de protocolos obsoletos o rígidos, y la necesidad de herramientas tecnológicas, coincide con tendencias globales en atención sanitaria. La digitalización y la telemedicina están transformando la manera en que se presta atención médica, y el entorno de urgencias no es una excepción. La integración de tecnología en el proceso de atención puede permitir respuestas más rápidas y precisas, así como mejorar la comunicación interdisciplinaria.

La carencia en formación continua y adaptativa es un llamado a la reflexión sobre la preparación de nuestros profesionales de salud frente a escenarios cambiantes. Las situaciones no convencionales, aunque menos frecuentes, pueden tener un impacto significativo en la comunidad y en el sistema de salud. Por lo tanto, es esencial estar preparados.

Finalmente, el énfasis en el cuidado humanizado resalta un aspecto fundamental que a menudo puede pasar desapercibido en entornos de alta presión. La calidad del cuidado no solo se mide en términos clínicos, sino también en la relación y comunicación con el paciente y su familia.

La enfermería, como pilar en el sistema de salud y específicamente en el ámbito de urgencias y emergencias, enfrenta retos constantes que requieren innovación y adaptación. Este estudio ha identificado áreas claves que, con intervención y cambio, pueden transformar significativamente la atención brindada.

Es esencial reconocer y abordar las oportunidades de mejora, desde la actualización de protocolos hasta la promoción de un cuidado integral y humanizado. Estos cambios no solo mejorarán la eficiencia y calidad del servicio, sino que también fortalecerán el rol central de la enfermería en la atención de urgencias y emergencias.

El camino hacia la innovación es complejo, pero con compromiso, formación y recursos adecuados, la enfermería puede liderar una transformación en la atención de urgencias, beneficiando a los profesionales, los pacientes y el sistema de salud en su conjunto.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 25

# EL PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE PARTOS Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

AROA ALONSO SILLERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

## 1 Introducción

El servicio de partos hospitalario es una unidad esencial en un centro de atención médica, dedicada a brindar atención integral y segura durante el proceso de parto y el nacimiento de un bebé. Su principal objetivo es proporcionar un entorno controlado y equipado con personal médico y de enfermería especializado para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

En este servicio, se encuentran habitaciones de parto equipadas con tecnología médica avanzada para el monitoreo continuo de la madre y el bebé. El personal de atención médica, incluyendo obstetras, enfermeras obstétricas y neonatólogos, está capacitado para atender partos normales y complicados.

Las funciones del servicio de partos hospitalario incluyen la evaluación y monitorización de la madre y el feto durante todo el proceso de parto, la administración de analgesia o anestesia cuando es necesario, la asistencia en el parto en sí, y la atención inmediata al recién nacido, incluyendo la evaluación de su salud y la realización de cualquier intervención médica necesaria.

Además, el servicio de partos hospitalario se prepara para manejar situaciones de emergencia, como complicaciones durante el parto, y está diseñado para brindar atención de calidad a las madres y bebés en todas las circunstancias.

En resumen, el servicio de partos hospitalario es un componente crucial de la atención médica materna e infantil, brindando un ambiente seguro y especializado para el nacimiento de bebés y asegurando que este proceso fundamental sea atendido con el más alto nivel de cuidado y experiencia médica disponible.

User funciones del enfermero en el servicio de partos hospitalario en 300 palabras
ChatGPT
Los enfermeros que trabajan en el servicio de partos hospitalario desempeñan un papel fundamental en el proceso de atención materno-infantil. Su labor abarca una amplia gama de responsabilidades esenciales para garantizar que el parto sea seguro y que tanto la madre como el bebé reciban la atención adecuada. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en este servicio:

Evaluación continua: Los enfermeros evalúan y monitorizan constantemente la salud de la madre y el feto durante el trabajo de parto. Esto incluye la medición de signos vitales, la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y la observación de las contracciones uterinas. Esta evaluación constante ayuda a identificar cualquier complicación potencial y permite tomar medidas inmediatas.

Asistencia durante el parto: Los enfermeros brindan apoyo emocional y físico a las mujeres durante el proceso de parto. Esto puede incluir técnicas de alivio del dolor, posicionamiento adecuado y proporcionar información sobre lo que está sucediendo.

Administración de medicamentos: En algunos casos, los enfermeros pueden administrar medicamentos como analgesia o anestesia según las indicaciones del médico obstetra para aliviar el dolor y facilitar el parto.

Cuidado posparto: Después del parto, los enfermeros continúan brindando atención a la madre, incluyendo la evaluación de sangrado, la promoción de la lactancia materna y la asistencia en el proceso de recuperación.

Cuidado del recién nacido: Los enfermeros también están involucrados en la atención inmediata al recién nacido. Evalúan la salud del bebé, realizan exámenes físicos, administran medicamentos si es necesario y fomentan el vínculo madre-hijo.

Educación a la familia: Los enfermeros proporcionan educación a las familias sobre el cuidado del recién nacido, la lactancia materna, el posparto y las señales de advertencia que deben vigilar.

Manejo de emergencias: Los enfermeros están capacitados para identificar y manejar situaciones de emergencia durante el parto, como hemorragias, sufrimiento fetal o cualquier otra complicación. Actúan de manera rápida y efectiva para garantizar la seguridad de la madre y el bebé.

Registro de información: Los enfermeros mantienen registros detallados de la evolución del trabajo de parto, la atención proporcionada y la condición de la madre y el bebé. Estos registros son esenciales para el seguimiento y la continuidad de la atención.

Los enfermeros en el servicio de partos hospitalario desempeñan un papel vital en cada etapa del proceso de parto, desde la evaluación inicial hasta la atención posparto. Su enfoque en la seguridad, el apoyo emocional y la atención médica especializada contribuye en gran medida a garantizar un parto exitoso y seguro tanto para la madre como para el bebé.

## 2 Objetivos

Se tiene como objetivo exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en el servicio de paritorio de un hospital.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Los enfermeros que trabajan en el servicio de partos hospitalario desempeñan un papel fundamental en el proceso de atención materno-infantil. Su labor abarca una amplia gama de responsabilidades esenciales para garantizar que el parto sea seguro y que tanto la madre como el bebé reciban la atención adecuada. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en este servicio:

Evaluación continua: Los enfermeros evalúan y monitorizan constantemente la salud de la madre y el feto durante el trabajo de parto. Esto incluye la medición de signos vitales, la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y la observación de las contracciones uterinas. Esta evaluación constante ayuda a identificar cualquier complicación potencial y permite tomar medidas inmediatas.

Asistencia durante el parto: Los enfermeros brindan apoyo emocional y físico a las mujeres durante el proceso de parto. Esto puede incluir técnicas de alivio del dolor, posicionamiento adecuado y proporcionar información sobre lo que está sucediendo.

Administración de medicamentos: En algunos casos, los enfermeros pueden administrar medicamentos como analgesia o anestesia según las indicaciones del médico obstetra para aliviar el dolor y facilitar el parto.

Cuidado posparto: Después del parto, los enfermeros continúan brindando atención a la madre, incluyendo la evaluación de sangrado, la promoción de la lactancia materna y la asistencia en el proceso de recuperación.

Cuidado del recién nacido: Los enfermeros también están involucrados en la atención inmediata al recién nacido. Evalúan la salud del bebé, realizan exámenes físicos, administran medicamentos si es necesario y fomentan el vínculo madre-hijo.

Educación a la familia: Los enfermeros proporcionan educación a las familias sobre el cuidado del recién nacido, la lactancia materna, el posparto y las señales de advertencia que deben vigilar.

Manejo de emergencias: Los enfermeros están capacitados para identificar y manejar situaciones de emergencia durante el parto, como hemorragias, sufrimiento fetal o cualquier otra complicación. Actúan de manera rápida y efectiva para garantizar la seguridad de la madre y el bebé.

Registro de información: Los enfermeros mantienen registros detallados de la evolución del trabajo de parto, la atención proporcionada y la condición de la madre y el bebé. Estos registros son esenciales para el seguimiento y la continuidad de la atención.

Los enfermeros en el servicio de partos hospitalario desempeñan un papel vital en cada etapa del proceso de parto, desde la evaluación inicial hasta la atención posparto. Su enfoque en la seguridad, el apoyo emocional y la atención médica especializada contribuye en gran medida a garantizar un parto exitoso y seguro tanto para la madre como para el bebé.

## 5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen servicio de partos hospitalario, los enfermeros desempeñan un papel esencial. La recomendación clave es mantener una comunicación efectiva y empática con las madres y sus familias. Escuchar sus necesidades, preocupaciones y preferencias crea un ambiente de confianza y apoyo durante este momento crucial. Además, trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico, incluyendo obstetras y neonatólogos, es esencial para garantizar una atención coordinada y segura para la madre y el bebé.

Otra recomendación importante es la preparación y capacitación continua. Los enfermeros deben mantenerse actualizados en las últimas prácticas y protocolos de atención obstétrica y neonatal, lo que les permite brindar atención de alta calidad. Además, la preparación para situaciones de emergencia es esencial para abordar complicaciones de manera efectiva.

Al seguir estas recomendaciones y mantener un enfoque centrado en la atención personalizada, el respeto y la seguridad, los enfermeros contribuyen significativamente a un servicio de partos hospitalario de calidad, garantizando que el proceso de parto sea una experiencia segura y satisfactoria para las madres y sus familias.

# 6 Bibliografía

1. Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Aquichan, 3(1), 16-20.

## Capítulo 26

# EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

AROA ALONSO SILLERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Una planta de salud mental, también conocida como unidad de salud mental, es una parte especializada de un hospital o centro de atención médica diseñada para brindar atención y tratamiento a personas que enfrentan trastornos mentales y emocionales. Su objetivo principal es proporcionar un ambiente seguro y terapéutico donde los pacientes puedan recibir evaluación, diagnóstico y tratamiento para sus condiciones mentales, así como apoyo emocional y rehabilitación.

En una planta de salud mental, se encuentran habitaciones diseñadas para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal, y se dispone de profesionales de la salud mental altamente capacitados, como psiquiatras, psicólogos, enfermeros especializados y trabajadores sociales. Los tratamientos pueden incluir terapia

individual, terapia grupal, medicación, terapia ocupacional y otros enfoques terapéuticos.

Además de la atención clínica, las plantas de salud mental también tienen como objetivo reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y promover la conciencia sobre la importancia de la salud mental en la comunidad. Ofrecen un espacio donde los pacientes pueden recibir apoyo de sus seres queridos y aprender estrategias para manejar sus condiciones a largo plazo.
Una planta de salud mental es una unidad especializada en un hospital o centro médico que se dedica a la atención de personas con trastornos mentales y emocionales. Proporciona tratamiento, apoyo y rehabilitación, con un enfoque en la recuperación y el bienestar de los pacientes, mientras trabaja para reducir el estigma en torno a la salud mental en la sociedad.

## 2 Objetivos

Se tiene como objetivo exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en el servicio de psiquiatría 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

Los enfermeros que trabajan en una planta de salud mental desempeñan un papel crucial en el cuidado y el tratamiento de individuos que enfrentan trastornos mentales y emocionales. Sus funciones abarcan una amplia gama de responsabilidades destinadas a proporcionar atención integral y apoyo a los pacientes. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de los enfermeros en una planta de salud mental:

Evaluación inicial: Los enfermeros realizan evaluaciones exhaustivas de los pacientes al ingresar a la planta de salud mental. Esto incluye recopilar información

sobre la historia médica, los síntomas actuales y las preocupaciones del paciente. Esta evaluación ayuda a determinar el plan de tratamiento adecuado.

Administrar medicamentos: En coordinación con médicos psiquiatras, los enfermeros administran medicamentos psicotrópicos según las indicaciones médicas. Esto implica asegurarse de que se sigan las pautas de dosificación y monitorizar los efectos y efectos secundarios de los medicamentos.

Terapia individual y grupal: Los enfermeros pueden facilitar sesiones de terapia grupal o individual como parte del tratamiento. Esto brinda a los pacientes la oportunidad de hablar sobre sus preocupaciones y trabajar en estrategias de afrontamiento.

Gestión de crisis: Los enfermeros están capacitados para manejar situaciones de crisis que pueden surgir en una planta de salud mental. Esto incluye la identificación y la intervención temprana en situaciones de riesgo para garantizar la seguridad del paciente y del personal.

Seguimiento y monitorización: Los enfermeros realizan un seguimiento constante del estado de los pacientes durante su estadía en la planta de salud mental. Esto incluye la monitorización de los síntomas, la respuesta al tratamiento y la comunicación regular con el equipo de atención.

Educación y apoyo: Los enfermeros proporcionan información educativa a los pacientes y sus familias sobre los trastornos mentales, el tratamiento y las estrategias de autocuidado. También ofrecen apoyo emocional para ayudar a los pacientes a enfrentar los desafíos de su condición.

Promoción de la recuperación: Los enfermeros trabajan con los pacientes para establecer metas de recuperación y ayudarlos a desarrollar habilidades y estrategias para mejorar su bienestar emocional y mental.

Colaboración interdisciplinaria: Los enfermeros colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para brindar una atención integral y coordinada.

Los enfermeros en una planta de salud mental desempeñan un papel esencial en la atención y el tratamiento de individuos con trastornos mentales. Su enfoque en la evaluación, el tratamiento, el apoyo emocional y la promoción de la recuperación contribuye significativamente a la mejora de la salud mental y el

bienestar de los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento en una planta de salud mental, es esencial que el personal de enfermería mantenga un enfoque centrado en el paciente y en su recuperación. La recomendación principal es fomentar un ambiente seguro, respetuoso y de apoyo para los pacientes. Esto implica escuchar atentamente sus preocupaciones, respetar su autonomía y proporcionar un trato libre de estigma. Un ambiente terapéutico y compasivo puede marcar una gran diferencia en el proceso de recuperación.

Además, la comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria son clave. Los enfermeros deben trabajar en estrecha colaboración con psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud mental para garantizar una atención integral y coordinada. La información precisa y actualizada debe ser compartida entre el equipo para tomar decisiones informadas y brindar un tratamiento eficaz.

Al seguir estas recomendaciones y manteniendo un enfoque en la atención centrada en el paciente y la colaboración interdisciplinaria, los enfermeros contribuyen significativamente al buen funcionamiento de una planta de salud mental, donde la recuperación y el bienestar de los pacientes son la máxima prioridad.

## 6 Bibliografía

1. Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Aquichan, 3(1), 16-20.

## Capítulo 27

# EL PACIENTE INGRESADO EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA Y LA ATENCIÓN DEL ENFERMERO

OLGA FERNÁNDEZ RONDA

ANA MARÍA GONZÁLEZ DE LA CRUZ

NATALIA CABAÑAS SESEÑA

AROA ALONSO SILLERO

CRISTINA TOFIÑOS SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Una planta de psiquiatría es una unidad especializada en un hospital o centro médico dedicada a la atención y tratamiento de pacientes que sufren trastornos mentales, enfermedades psiquiátricas o problemas de salud mental. Estas unidades proporcionan un ambiente seguro y terapéutico diseñado específicamente para abordar las necesidades médicas y emocionales de las personas que enfrentan desafíos en su salud mental.

En una planta de psiquiatría, se encuentran habitaciones destinadas a pacientes con trastornos mentales, así como áreas para terapia grupal, terapia individual y actividades terapéuticas. El personal médico y de enfermería en estas unidades está altamente capacitado en psiquiatría y salud mental.

Las plantas de psiquiatría ofrecen una variedad de tratamientos, que pueden incluir terapia cognitivo-conductual, terapia farmacológica, terapia ocupacional y terapia recreativa. El objetivo es brindar a los pacientes las herramientas y el apoyo necesario para mejorar su bienestar mental y emocional.

Además de la atención clínica, las plantas de psiquiatría también tienen un papel importante en la prevención del estigma asociado a los trastornos mentales y en la educación de la comunidad sobre la importancia de la salud mental.
Una planta de psiquiatría es una unidad médica especializada que se dedica a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y problemas de salud mental. Proporciona un ambiente terapéutico, atención especializada y apoyo emocional para ayudar a los pacientes a recuperarse y mejorar su calidad de vida.

## 2 Objetivos

Se tiene como objetivo exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en el servicio de salud mental en un hospital.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El rol del enfermero en una planta de psiquiatría hospitalaria es crucial para proporcionar atención especializada y apoyo a pacientes que enfrentan desafíos en su salud mental. Sus funciones son diversas y están diseñadas para asegurar un entorno seguro y terapéutico mientras se abordan las necesidades únicas de cada paciente. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en una planta de psiquiatría hospitalaria:

Evaluación inicial: Los enfermeros llevan a cabo evaluaciones completas de los pacientes al ingreso para recopilar información sobre su historia médica, sus sín-

tomas actuales y sus necesidades específicas. Esta evaluación es esencial para elaborar un plan de cuidados individualizado.

Administración de medicamentos: En coordinación con psiquiatras u otros médicos especializados en salud mental, los enfermeros administran medicamentos psicotrópicos según las indicaciones médicas. Se aseguran de que se cumplan las pautas de dosificación y monitorean los efectos y efectos secundarios de los medicamentos.

Terapia individual y grupal: Los enfermeros pueden facilitar sesiones de terapia grupal o individual como parte del tratamiento. Estas sesiones proporcionan un espacio seguro para que los pacientes expresen sus preocupaciones, aprendan habilidades de afrontamiento y se relacionen con otros que enfrentan desafíos similares.

Prevención de crisis: Los enfermeros están capacitados para identificar signos de crisis en los pacientes y tomar medidas preventivas para evitar situaciones de riesgo. También saben cómo intervenir y manejar situaciones de crisis si surgen.

Monitorización continua: Los enfermeros realizan un seguimiento constante del estado de los pacientes durante su estadía en la planta de psiquiatría. Esto incluye la observación de síntomas, la respuesta al tratamiento y el manejo de la seguridad de los pacientes.

Apoyo emocional y educación: Los enfermeros brindan apoyo emocional y educación a los pacientes para ayudarlos a comprender sus condiciones, aprender habilidades de afrontamiento y fomentar la recuperación. También trabajan con las familias para ayudarles a comprender y apoyar a sus seres queridos.

Colaboración interdisciplinaria: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, para proporcionar una atención integral y coordinada.

Registro y documentación: Mantienen registros detallados de la evolución del paciente, incluyendo la respuesta al tratamiento, la evolución de los síntomas y los eventos significativos en la atención. Estos registros son fundamentales para el seguimiento y la toma de decisiones clínicas informadas.

Los enfermeros en una planta de psiquiatría hospitalaria desempeñan un papel fundamental en la atención y el tratamiento de pacientes con trastornos mentales.

Su enfoque en la evaluación, el tratamiento, el apoyo emocional y la prevención de crisis contribuye significativamente a la recuperación y el bienestar de los pacientes en este entorno terapéutico.

## 5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento en una planta hospitalaria de psiquiatría, es esencial que los enfermeros sigan algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la empatía y el respeto son fundamentales al interactuar con los pacientes. Escuchar atentamente sus preocupaciones, mostrar comprensión y respetar su dignidad son pilares para construir una relación terapéutica sólida. Además, el fomento de un ambiente seguro y libre de estigma es esencial. Esto incluye mantener la confidencialidad, promover la no discriminación y crear un espacio donde los pacientes se sientan cómodos para expresar sus pensamientos y emociones.

La comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria también son cruciales. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud mental garantiza una atención integral y coordinada para los pacientes. Al seguir estas recomendaciones y mantener un enfoque centrado en el paciente y en su recuperación, los enfermeros contribuyen significativamente a un buen funcionamiento en una planta de psiquiatría hospitalaria, donde el bienestar de los pacientes es la prioridad principal.

## 6 Bibliografía

1. Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Aquichan, 3(1), 16-20.

## Capítulo 28

# ENFERMERÍA Y LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA HEREDO-FAMILIAR

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

## 1 Introducción

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer femenino a nivel mundial, según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De hecho, se ha convertido en el cáncer más diagnosticado del mundo, superando por primera vez al cáncer de pulmón. En base a la información proporcionada por el Sistema Europeo de Información del Cáncer (ECIS), en 2020 se diagnosticaron un total de 34.088 nuevos casos de cáncer de mama en España, mientras que la cifra ascendió a 2.3 millones de mujeres a nivel mundial según la
OMS. O, expresado en términos más sencillos, se estima que 1 de cada 8 mujeres padecerán cáncer de mama a lo largo de su vida.

A pesar de su frecuencia, hay que decir que el cáncer de mama tiene relativo buen pronóstico si se hace un diagnóstico precoz, con una tasa de supervivencia en países desarrollados del 78% a 5 años. A ello ha contribuido la implantación de sistemas de cribado poblacional, la mejora de los tratamientos adyuvantes y al manejo multidisciplinar de los casos.
Se estima que el 85% de los casos de cáncer de mama surgen de novo. Tan solo el 15% de las pacientes tienen antecedentes familiares inespecíficos y sólo el 5-10% de los casos son hereditarios.
Dentro de los cánceres de mama hereditarios, las principales mutaciones que se asocian a cáncer de mama y ovario son las BRCA1 y BRCA2. Sin embargo, existen otros genes menos prevalentes que causan el 5-10% de las neoplasias de mama heredadas: TP53, STK11 y PTEN. El síndrome de Li-Fraumeni es un síndrome raro de herencia autosómica dominante, provocado por la mutación de TP53. En los pacientes afectos, provoca una amplia variedad de cánceres que, además, suelen aparecer a una edad mucho más temprana que en la población general. El cáncer de mama es uno de los cuatro cánceres más frecuentes en el Li-Fraumeni, junto con los sarcomas, los carcinomas adrenales y los tumores del sistema nervioso central (SNC).

## 2 Objetivos

Presentar un caso clínico del Síndrome de Li-Fraumeni y su asociación con el cáncer de mama heredo-familiar.

## 3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 32 años que consulta en su médico de Atención Primaria por nódulo mamario de reciente aparición. No refiere telorrea, telorragia ni alteración del complejo areola-pezón (CAP).
Al realizar la anamnesis, la paciente no tiene antecedentes médicos de interés.
Está intervenida de apendicectomía vía laparoscópica a los 15 años. Presenta alergia a beta-lactámicos. Ha tenido un aborto espontáneo, sin gestaciones posteriores. Como antecedentes familiares, solo nos menciona que su tío materno tuvo un sarcoma de partes blandas y posteriormente un cáncer gástrico, por el que falleció con menos de 40 años. Su madre también falleció joven, pero por un accidente de tráfico, aunque no tenía enfermedades conocidas antes de su fallecimiento.

A la exploración, llama la atención que la mama izquierda está ligeramente de mayor tamaño que la contralateral. La piel de ambas mamas y los CAPs son normales, sin "piel de naranja" ni retracciones areolares. A la palpación, se constata una formación irregular, profunda, de consistencia dura, adherida a planos profundos, de unos 3 cm en el cuadrante súpero externo (CSE) de la mama izquierda. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares.
Ante la sospecha de malignidad, se solicita una mamografía preferente, que es informada como BIRADS 5 (se confirma lesión sospechosa de 35 mm en CSE de mama izquierda, sin adenopatías sospechosas). Los radiólogos realizan la biopsia, cuyo resultado es un carcinoma ductal infiltrante de mama subtipo Her-2 sobreexpresado. Se completa estudio de extensión con resonancia magnética nuclear (RMN) mamaria y se encuadra a la paciente en un estadío IIA (T2N0). Además, ante la sospecha de un posible síndrome de Li-Fraumeni, se solicita estudio genético del PT53, que es informado como positivo.
Dado el tamaño tumoral y el subtipo molecular, se inicia tratamiento primario con quimioterapia (QT) neoayuvante y hormonoterapia con Trastuzumab. En el estudio de control tras finalizar la QT, se constata una respuesta parcial. Al tratarse de un SLF, se ofrece mastectomía en lugar de tumorectomía para evitar la radioterapia posterior, que la paciente acepta. Se realizó mastectomía con biopsia selectiva de ganglio centinela (negativo), con un buen postoperatorio. A las 4 semanas, inició QT adyuvante. Desde entonces, sigue revisiones anuales mediante RMN mamaria y de cuerpo entero por el alto riesgo de neoplasias malignas asociadas al SLF.

## 4 Discusión-Conclusión

El síndrome de Li-Fraumeni (SLF) es un síndrome raro de herencia autosómica dominante, provocado por la mutación de la oncoproteína P53 (PT53) en el cromosoma 17, que asocia múltiples tipos de cánceres a edades muy tempranas. Solo se han descrito en torno a 500 familias afectas en la literatura a nivel mundial.
La PT53 se trata de un gen supresor de tumores, que codifica una proteína que tiene un papel fundamental en la regulación del ciclo celular, dirigiendo la reparación de las células con DNA dañado o, en caso contrario, induciendo su apoptosis. Una mutación en este gen provoca la anulación de dicha actividad, lo que conlleva a una replicación sin freno de las células dañadas, lo que aumenta el riesgo de lesiones malignas.
Como se ha dicho, los pacientes afectos con el síndrome, tienen un riesgo muy alto de desarrollar uno o múltiples cánceres a lo largo de su vida y, además, la

edad de aparición de los mismos suele ser muy temprana, por debajo de los 45 años. En mujeres, el riesgo de desarrollar cáncer se acerca al 100%, siendo algo menor para en hombres (73%). El riesgo de desarrollar un segundo cáncer alcanza el 60% a los 30 años del diagnóstico del primer cáncer, aunque esta cifra aumenta cuanto menor es la edad de diagnóstico del primer cáncer.

Dentro amplio espectro de tumores asociados al SLF, destacamos los 4 más frecuentes, que aparecen en el 80% de los casos: los sarcomas, el cáncer de mama, los tumores del sistema nervioso central (SNC) y los tumores de la glándula adrenal. Los siguiente en frecuencia son las leucemias, el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal, el de piel, el gástrico y el de ovario. También se ha visto asociación con el cáncer radioinducido, por lo que debe evitarse la radioterapia dentro del manejo oncológico en la medida de lo posible.

El diagnóstico del SLF puede ser clínico o molecular. Los criterios clínicos clásicos para diagnosticar el SLF eran más restrictivos y exigían que el caso índice estuviese afecto de un sarcoma con menos de 45 años + un familiar de 1º grado con cualquier cáncer menor de 45 años + un familiar de 1º o 2º con cualquier cáncer menor de 45 años o bien un sarcoma a cualquier edad. Los criterios de Chompret son algo más flexibles y en combinación con los clásicos tienen buena sensibilidad y especificidad para diagnosticar SLF. Recomiendan estudio genético cuando se cumple alguno de los siguientes criterios:

1) Caso índice con tumor del espectro SLF antes de los 46 años (sarcoma de partes blandas, osteosarcoma, cáncer de mama premenopáusico, tumor cerebral, carcinoma adrenal, leucemia o cáncer pulmonar) + familiar de 1º o 2º con tumor del espectro SLF antes de los 56 años o bien con múltiples tumores.

2) Caso índice con múltiples tumores, al menos 2 del espectro SLF, antes de los 46 años.

3) Carcinoma adrenal o de plexos coroideos a cualquier edad.

Con respecto al cáncer de mama asociado al SLF, decir que el SLF aumenta muy significativamente el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas e, incluso en algunos estudios, la media de edad se sitúa en torno a los 30-32 años. En cualquier caso, el 90% de las mujeres con SLF lo padecen antes de los 60 años, y la mayoría están afectas por debajo de los 45. También está aumentado el riesgo de cáncer en la mama contralateral, con un 4-7% anual de casos (lo que supone el doble de riesgo que en las mujeres BRCA +). El subtipo molecular más frecuente es el Her-2 sobreexpresado, el cual es poco frecuente en mujeres jóvenes con cáncer de mama no asociado a SLF. De hecho, un cáncer de mama subtipo Her-2 en mujeres menores de 35 años debe alertarnos de un posible SLF. El tratamiento más recomendado es la mastectomía, para evitar la radioterapia tras una cirugía

conservadora, y así disminuir el riesgo de cáncer radioinducido. En mujeres con SLF sin afectación mamaria, se recomienda una RMN mamaria anual entre los 20-65 años, y la mayoría de las guías recomiendan evitar la mamografía en la medida de lo posible para disminuir la radiación. Para disminuir el riesgo de cáncer de mama, se suele ofrecer la mastectomía profiláctica. La doble anexectomía no se ofrece de rutina excepto si hay historia familiar de cáncer de ovario.

# 5 Bibliografía


1. Evans G. Li-Fraumeni Syndrome. UptoDate. [Internet] 2023 Jan. [consultado el 13/04/2023]. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/lifraumenisyndrome?search=li-fraumeni&source=search_result&selectedTitle=159&usage_type=default&display_rank=1#H639664642.

2. Peshkin B, Isaacs C. Overview of hereditary breast and ovarian cancer syndromes associated with genes other than BRCA1/2. UptoDate. [Internet] 2023 Jan. [consultado el 13/04/2023]. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hereditary-breastandovarian-cancer-syndromes-associated-with-genes-other-than-brca1-2?search=li-fraumeni&topicRef=14255&source=see_link.

3. Oncoguía SEGO: Cáncer infiltrante de mama. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Juny 2017." Oncoguías ISBN: 978-84-612-7418-2 - vol. 12 Depósito Legal: M-15461-2017.

4. Avanthi Tayi Shah. Li-Fraumeni Syndrome. MedScape [Internet]. Nov 2018. [consultado el 13/04/2023]. Disponible en https://emedicine.medscape.com/.

5. Aedma SK, Kasi A. Li-Fraumeni Syndrome. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30335319.

6. Petry V, Bonadio RC, Testa L, Cohn DJ, Cagnacci A, et al. A matched case-control study of the prognosis of early breast cancer in patients with Li-Fraumeni syndrome (BREAST TP53). Breast. 2023 Apr;68:157-162. doi: 10.1016/j.breast.2023.02.002. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36773404; PMCID: PMC9945780.

7. Khincha PP, Best AF, Fraumeni JF Jr, Loud JT, Savage SA, Achatz MI. Reproductive factors associated with breast cancer risk in Li-Fraumeni syndrome. Eur J Cancer. 2019 Jul;116:199-206. doi: 10.1016/j.ejca.2019.05.005. Epub 2019 Jun 15. PMID: 31212162; PMCID: PMC8785220.

## Capítulo 29

# ENFERMERÍA EN LA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL RESISTENTE RECURRENTE

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

## 1 Introducción

El término neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) se utiliza cuando los embarazos molares y no molares se vuelven malignos. Se produce cuando el trofoblasto placentario prolifera con características celulares de malignidad. La NTG comprende entidades histológicas específicas, que incluyen lunar invasivo, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP), Tumor trofoblástico epitelioide (TTE).

Las pacientes que se encuentran en tratamiento quimioterápico por presentar esta patología tienen riesgos variables de desarrollar una enfermedad resistente o recurrente. En un estudio, las tasas de recurrencia informadas según la clasificación por etapas de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

(FIGO) fueron las siguientes: Etapa I (no metastásico) un 2 por ciento, Etapas II y III (NTG de bajo riesgo) un 4 por ciento, Etapa II a IV (NTG alto riesgo) un 13 por ciento.
En el New England Trophoblastic Disease Center, las tasas de recurrencia informadas fueron del 2,9 % en pacientes con enfermedad no metastásica, del 8,3 % en pacientes en estadio II, del 4,2 % en pacientes en estadio III y del 9,1 % en pacientes con enfermedad en estadio IV de la FIGO. En un estudio de 1827 pacientes con NTG del Peking Union Medical College en Beijing, la recurrencia se asoció con un intervalo entre el embarazo anterior y la quimioterapia > 12 meses, y un intervalo desde la primera quimioterapia hasta lograr la normalización de la gonadotropina coriónica humana (hCG) β > 14 semanas.
Una puntuación de riesgo FIGO total creciente se correlaciona con un aumento correspondiente en la probabilidad de resistencia a la quimioterapia. Sin embargo, la mayoría de los factores de riesgo reflejan una gran carga tumoral inicial (p. ej., hCG más alta, tamaño del tumor, presencia y número de metástasis) y no son factores pronósticos independientes. La terapia primaria inadecuada y el incumplimiento o la pérdida durante el seguimiento también son factores de riesgo importantes para la resistencia.
Se considera que los pacientes cuyo nivel de (hCG) β vuelve a elevarse después de volverse indetectable tienen enfermedad recurrente. Por el contrario, se considera que los pacientes cuyo nivel de (hCG) β permanece elevado a pesar del tratamiento, tienen enfermedad resistente.

## 2 Objetivos

Presentar el caso clínico de una paciente con neoplasia trofoblástica gestacional recurrente resistente profundizando en el conocimiento, manejo y factores de riesgo de esta entidad, haciendo una revisión de la literatura actual.

## 3 Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de 22 años, remitida desde neurocirugía por metástasis cerebral de coriocarcinoma para estudio ginecológico.
Como antecedentes gineco-obstétricos de interés, cesárea intraparto por no progresión de parto en 2014 y evacuación uterina de gestación molar en 2015 con seguimiento posterior solo 2 meses (Caracas). Hasta entonces, ciclos menstruales irregulares hasta que fue valorada en Venezuela donde pautan anticonceptivos orales para control del patrón menstrual.

En 2017 acude a España por vacaciones y comienza con manifestaciones clínicas cerebrales debutando con crisis epiléptica por lo que acude a urgencias siendo valorada por el servicio de neurocirugía. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo urgente describiendo una lesión frontoparietal de 26mm sugerente de malignidad. Se decide ingreso a cargo de neurocirugía quien realiza craneotomía y exéresis de lesión con resultado de anatomía patológica compatible con Coriocarcinoma. Se lleva a cabo controles seriados de hCG y estudio de extensión de la enfermedad con resultado hCG de 20.404 UI/L y TAC toracoabdominal que describe tumoración pulmonar en Lóbulo inferior izquierdo de 32mm. Se decide comenzar con poliquimioterapia EMA-CO. Por parte de oncología médica se realizan controles semanales de hCG junto a pruebas de imagen seriadas. Por parte de oncología ginecológica, exploración ginecológica normal con ecografía transvaginal y abdominal con endometrio de 4mm homogéneo y ovarios normales.

Los sucesivos controles de hCG muestran resultados de 32.326 UI/L, 13.217 UI/L, 696 UI/L, 118 UI/L , 13.04 UI/L, 10.18 UI/L, 6.42 UI/L, 2.89 UI/L, 4.46 UI/L, 4.8 UI/L etc. En ningún control analítico desde el inicio de la quimioterapia llega a negativizar hCG. En prueba de imagen PET-TAC se evidencia captación a nivel pulmonar de 3cm compatible con lesión neoplásica y posible foco en pelvis. Los controles sucesivos de hCG no solo no negativizan sino que comienzan a elevarse (BhCG 7.3 UI/L a BhCG de 14.1 UI/L).

Por posible foco en pelvis en PET-TAC con aumento de los niveles de hCG, en comité oncológico se decide exploración por parte de ginecología y valorar posibilidad de tratamiento quirúrgico. Los hallazgos en la consulta de ginecología oncológica describen en ecografía transvaginal a nivel del fondo uterino continuando con línea endometrial, formación hiperecoica con captación Doppler color de 1.3x1.6cm. Se procede a realizar histeroscopia diagnóstica terapéutica ambulatoria visualizando mismo hallazgo y con resultado de patólogo compatible con endometrio proliferativo sin hallazgos de malignidad en la muestra remitida.

Por parte de oncología médica, instauradas 2 líneas de quimioterapia y aun así progresión de la enfermedad con lesión pulmonar y cerebral, por lo que se procede a realizar cirugía de la lesión pulmonar. Se realiza lobectomía inferior izquierda con resultado de anatomía patológica de benignidad, ausencia de células tumorales. Tras recuperación de cirugía anterior, a los dos meses se lleva a cabo radiocirugía de lesión cerebral.

A los 8 meses, se realiza exéresis completa de lesión ocupante de espacio parietal posterior derecha, por crecimiento de lesión que había recibido radiocirugía.

El resultado de anatomía patológica informa como metástasis compatible con

Coriocarcinoma. La nueva determinación de hCG vuelve a aumentar a 121.7 UI/L. Se lleva a cabo el diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional persistente recurrente.
Se realiza interconsulta preferente a ginecología, por nivel persistente de BhCG de 153 UI/L. Se lleva a cabo exploración ginecológica dentro de la normalidad y ecografía transvaginal con endometrio de 7mm sin patología anexial. Se realiza nueva histeroscopia diagnóstica terapéutica, sin hallazgos relevantes intraoperatorios, obteniendo resultado de anatomía patológica negativa para malignidad en la muestra estudiada.
Por nueva progresión cerebral, se realiza craneotomía y extirpación microquirúrgica. A los 8 meses, nueva recidiva parietal posterior derecha con resección macroscópica de nueva metástasis cerebral. La determinación de hCG sigue en aumento, multiplicándose por cinco (74.563 UI/L).En comité oncológico se decide nuevo estudio ginecológico, por metrorragia diaria en cantidad similar a regla desde hace 3 meses y repunte del nivel de hCG sérico.
A la exploración ginecológica, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, útero en ante no doloroso a la movilización cervical con fosas anexiales libres. Los genitales externos se presentan normales, vagina y cérvix bien epitelizados macroscópicamente con flujo vaginal de aspecto fisiológico. Se realiza ecografía transvaginal visualizando imagen en cara anterior de miometrio de 27mm hiperrefringente que no llega a cavidad endometrial. Se toma biopsia endometrial con cánula de cornier, con resultado de anatomía patológica compatible con decidualización de glándulas atróficas e hiperplásicas, sin malignidad celular. Por evolución tórpida de la enfermedad, con resistencia a tratamiento quimioterápico y por presentar deseo genésico cumplido, se procede a la realización de una histerectomía total más salpinguectomía bilateral total vía laparoscópica. La anatomía patológica definitiva de la pieza operatoria describe foco de Coriocarcinoma.

## 4 Discusión-Conclusión

Hasta el 20-25% de las mujeres con neoplasia gestacional trofoblástica de alto grado tienen persistencia de la enfermedad, progresión o recaída después de la quimioterapia primaria. Todos los pacientes que desarrollan enfermedad quimiorresistente o recurrente requieren una nueva estadificación. Además, esta evaluación debe repetirse cada vez que se indique un nuevo ciclo de tratamiento.
Los pacientes que recurren o desarrollan resistencia a menudo tienen compromiso multiorgánico, particularmente si fueron tratados previamente por neopla-

sia trofoblástica gestacional de alto riesgo. Por lo tanto, se deben realizar nuevas imágenes con tomografías computarizadas (TC) de tórax, abdomen y pelvis e imágenes de resonancia magnética (IRM) cerebrales para ayudar a guiar las opciones de tratamiento. Para los pacientes en los que el diagnóstico es cuestionable, la tomografía por emisión de positrones (PET) puede ayudar en la caracterización diferencial de la enfermedad activa (que debe ser PET-positiva) de los nódulos tumorales fibróticos.

Con las terapias quimioterápicas de rescate actuales, la curación es aún posible en más del 75 por ciento de los casos. El tratamiento más utilizado es la pauta EP/EMA con una tasa de respuesta del 75 al 80 por ciento. Este tratamiento consiste en una terapia quimioterápica combinada donde participan quimioterápicos como Etopósido, Cisplatino, Metotrexate, Actinomicina-D más ácido folínico. En casos resistentes se valora la posibilidad de inmunoterapia. La realización de una histerectomía secundaria y la resección de las metástasis podría contemplarse en casos seleccionados de enfermedad resistente a la quimioterapia.

## 5 Bibliografía

1. Mutch DG, Soper JT, Babcock CJ, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional recurrente. Experiencia del Centro Regional de Enfermedades Trofoblásticas del Sureste. Cáncer 1990; 66:978-82.

2. Berkowitz RS, Goldstein DP. Manejo actual de las enfermedades trofoblásticas gestacionales. Gynecol Oncol 2009; 112:654-62.

3. Kong Y, Zong L, Cheng H, et al. Manejo y factores de riesgo de la neoplasia trofoblástica gestacional recurrente: una actualización de 2004 a 2017. Cancer Med 2020; 9:2590-2599.

4. Eysbouts YK, Ottevanger PB, Massuger LFAG, et al. ¿Se puede simplificar el sistema de puntuación FIGO 2000 para la neoplasia trofoblástica gestacional? Un nuevo análisis retrospectivo de un conjunto de datos a nivel nacional. Ann Oncol 2017; 28:1856-1861.

5. Lurain JR, Hoekstra AV, Schink JC. Resultados del tratamiento de pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional derivadas al Centro de Enfermedades Trofoblásticas de Brewer después del fracaso del tratamiento en otro lugar (1979-2006). J Reprod Med 2008; 53:535-40.

6. Powles T, Savage PM, Stebbing J, et al. Una comparación de pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional recidivante y quimiorrefractaria. Br J Cancer 2007; 96:732-7.

## Capítulo 30

# ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

## 1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud, conocido con las siglas (SNS) está formado por diferentes niveles asistenciales, uno de ellos es la Atención Primaria de Salud (APS), que constituye el núcleo principal de este, debido a sus características y su función.

Como hemos dicho en el apartado anterior la Atención Primaria o AP se caracteriza por una serie de atributos que nombraremos a continuación:

- Su accesibilidad: debido a su fácil acceso, garantiza la asistencia sanitaria con cercanía y prontitud por el profesional sanitario adecuado.
- Por su longitudinalidad: debido a la continuidad en el tiempo del profesional con el paciente.
- Por su polivalencia: debido a su rapidez para dar respuesta a todas las demandas del paciente, en la enfermedad, los cuidados o las prácticas educativas y preventivas.

- Por su coordinación: es el núcleo de referencia con el resto de profesionales sanitarios, ya que desde este nivel se coordinan todas las decisiones y contactos con el resto de profesionales.

Este nivel de Atención primaria, está formado por un equipo de profesionales sanitarios muy variados y con diferentes funciones, algunos de ellos son:

+ Conjunto de profesionales de medicina de familia y pediatría.
+ Equipo de enfermería.
+ Profesionales de la odontología.
+ Trabajo social y atención al ciudadano.

## 2 Objetivos

El objetivo principal del trabajo será conocer el nivel asistencial de Atención Primaria, así como la figura del diplomado/a de enfermería dentro de este servicio y las tareas que debe llevar a cabo.

## 3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre los artículos científicos publicados en diferentes bases de datos como: Medline, Wikipedia y Google Académico, donde se han empleado filtros de búsqueda y palabras claves relacionadas con el tema a tratar. De los numerosos resultados encontrados se han seleccionado los que se ajustaban al criterio establecido para la elaboración de esta revisión, los cuales quedan reflejados en la bibliografía. Palabras clave: atención, primaría, enfermería.

## 4 Resultados

Los diplomados/as de enfermería ejercen sus labores como auxiliares del equipo facultativo, cumplen principalmente sus instrucciones ya bien sean verbales o escritas en relación con el servicio de atención primaria. Por ejemplo, la administración de medicación ya bien sea por vía oral o intravenosa y las técnicas invasivas como la venopunción para la realización de extracciones, básicamente es lo que más demanda el equipo facultativo. Aunque a parte de esas funciones, también realizan otras muchas de las que enumeraremos a continuación:

- Registrar en la historia clínica del paciente toda la información que este nos aporte sobre sus problemas de salud.

- Valorar la información recogida en la historia clínica para a partir de esta realizar acciones de enfermería.
- Cuidar de la salud del paciente de forma personalizada, realizando todas las técnicas que sean pautadas por el equipo médico.
- Llevar a cabo acciones de enfermería como son toma de constantes como: la tensión, oxigeno en sangre, glucemias, electrocardiogramas, administración de medicación, técnicas de venopunción para realizar extracciones entre otros.
- Llevar a cabo actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familias y comunidades en general capacitando de esta manera al individuo y la familia para que asuman conductas responsables en el cuidado de propia su salud.
- Realizar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
- Tener en perfectas condiciones la consulta médica y de enfermería con respecto a la organización y reposición de materiales, en muchas ocasiones esta tarea la realizan de forma conjunta con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Las consultas de los diplomados/as de enfermería en los centros de Atención Primaria son un recurso que al paciente le permitirá la prestación regular de servicios sanitarios propios de forma rápida y eficaz además de poder acceder a servicios específicos todos aquellos adscritos al centro de salud, centrando las actividades en el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la capacitación de los profesionales sanitarios que componen el equipo de enfermería en los centros de Atención Primaria debe ser un proceso permanente, por el cual estos puedan adquirir, reforzar, actualizar e incrementar de forma constante sus conocimientos, con el único fin de brindar los cuidados específicos e integrales en cualquier lugar y momento para asegurar la recuperación y calidad de vida del paciente. Por ello, el papel del equipo de enfermería va desde las tareas más básicas como realización de pruebas e intervenciones, hasta el soporte más humano que necesita el paciente en cada momento, puesto que en según qué áreas se encuentren nuestros profesionales, el trato humano y psicológico es de vital importancia.

## 6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud.

2. http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf.
3. https://ifses.es/funciones-enfermera-centro-de-salud/.

## Capítulo 31

# ENFERMERÍA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

RUTH AZORÍN SOLER

## 1 Introducción

La vesícula biliar es un órgano pequeño con forma de saco situado en el hipocondrio derecho en la cara visceral del hígado encargada de almacenar la bilis. Consta de tres partes: fondo, cuerpo y cuello.

La bilis está formada por colesterol, pigmentos, sales biliares y lecitina en su mayoría, y es sintetizada por el hígado. En algunas ocasiones, la bilis precipita y da como resultado la formación de cálculos biliares. Son depósitos de materia sólida (principalmente colesterol) que se acumulan en la vesícula biliar y pueden dar lugar a diferentes patologías.

Un porcentaje muy alto de cálculos biliares pueden permanecer grandes periodos de tiempo asintomáticos. Hay en otras ocasiones que los síntomas pueden ser inespecíficos, o manifestarse como cólicos biliares. Las complicaciones que pueden ocasionar estos cálculos son: colecistitis, coledocolitiasis, pancreatitis por cálculos biliares, hidrocolecisto y piocolecisto.

Nos centraremos en la colecistitis: obstrucción del flujo de la bilis provocada por los cálculos, ocasionando dolor e inflamación de la vesícula biliar. Puede ser aguda o crónica. Es la principal complicación.
FACTORES DE RIESGO FAVORECEDORES DE CÁLCULOS BILIARES
Edad, sexo femenino, embarazo, anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva, antecedentes familiares de litiasis biliar, obesidad, pérdida brusca de peso, nutrición parenteral, diabetes mellitus, cirrosis hepática, dietas ricas en grasas y pobres en fibra vegetal, raza latinoamericana e india, alcoholismo crónico e intervenciones gástricas.
La colecistectomía es la técnica quirúrgica llevada a cabo con el fin de extirpar la vesícula biliar. La colecistectomía laparoscópica es la más estandarizada. Se trata de una cirugía de mínimo acceso (mediante 3 o 4 puertos, uno de visión y 2 o 3 de trabajo). Es una técnica segura, aunque el tiempo de duración es mayor.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones que desempeña la enfermería dentro del equipo quirúrgico, concretamente en la colecistectomía laparoscópica.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

En las colecistectomías laparoscópicas, el profesional de enfermería forma parte del equipo quirúrgico junto con el cirujano, el ayudante del cirujano, el anestesista y el resto del personal de apoyo presente en el quirófano.
Enfermería dentro del quirófano puede tener tres funciones dependiendo del tipo de intervención (instrumentista, circulante o de anestesia). Nos centraremos en el papel de la enfermera instrumentista (encargada de preparar, colocar y entregar todo el instrumental necesario estéril para la cirugía).
Las funciones de la enfermera instrumentista son:

• Preparación del material necesario para la intervención.
• Preparación de la mesa quirúrgica
-Apertura del campo, material fungible y cajas de instrumental. Es importante comprobar los reactivos de esterilización y que la caja no esté húmeda para asegurar la esterilidad del material. En caso de que no se diese esto, habría que desechar la caja para esterilizar nuevamente y solicitar otra.
• Lavado de manos y vestimenta quirúrgica. Tras el lavado de manos quirúrgico (con jabón antiséptico o solución hidroalcohólica) se colocará la bata, y en último lugar los guantes.
• Colocación del instrumental de manera que facilite la entrega de este al equipo quirúrgico según los tiempos de la intervención. Si hiciese falta algún instrumental necesario para la intervención, la enfermera circulante será la encargada de su reemplazo
-Montaje del aparataje que una vez colocado en el campo quirúrgico será conectado a los correspondientes aparatos no estériles por la enfermera circulante
-Montaje de las pinzas de laparoscopia comprobando que funcionan perfectamente
-Ayuda en la vestimenta del resto del equipo quirúrgico y colocación de guantes estériles.
• Inicio de la intervención quirúrgica:
-La enfermera ayudará al cirujano y al ayudante en la colocación del equipo estéril que forma el campo quirúrgico, así como la colocación de cables y óptica
-Se identificará durante la realización del checklist además de informar que el material está correcto e informará del número de gasas s y/o compresas una vez contadas.
• Durante la intervención quirúrgica:
-Una vez comience la intervención, la enfermera entregará todo el instrumental necesario para llevarla a cabo, anticipándose a las necesidades del cirujano y del ayudante. Es por este motivo que la enfermera debe conocer de manera exhaustiva la intervención que se va a realizar y estar preparada para cualquier contratiempo o complicación que pueda surgir.
• Antes del cierre quirúrgico
-La enfermera comprobará antes del cierre de la piel que tiene todo el instrumental con el que comenzó la intervención, la igual que todas las gasas y / o compresas y las agujas. Si el contaje no fuese correcto habría que comunicarlo y en caso de seguir siendo incorrecto se procedería a realizar una radiografía. Es la razón por la que tanto gasas como compresas deben ser radiopacas.
• Fin de la intervención

-Una vez finalizada la intervención quirúrgica, la enfermera realizará la cura de la herida quirúrgica y conexión de los drenajes en caso de que los hubiese.
-Retirará tanto el material desechable a la basura o contenedores para elementos punzantes como el reutilizable en sus correspondientes cajas para volver a utilizar tras el proceso de esterilización.
-Retirará también el campo estéril.

## 5 Discusión-Conclusión

El trabajo dentro del quirófano es un trabajo multidisciplinar, formado por un equipo de profesionales especializados. Es dentro de este equipo donde enfermería juega un papel importante.
La enfermera instrumentista es la encargada de suministrar tanto al cirujano como a los ayudantes todo el material necesario para llevar a cabo la intervención quirúrgica. También es la encargada de comprobar que todo el material se encuentra en las condiciones óptimas de esterilidad para así asegurar el éxito de la cirugía.
Aunque cada miembro del equipo tiene sus funciones, es importante destacar el trabajo en conjunto para aumentar la seguridad del paciente y evitar las complicaciones de la intervención.

## 6 Bibliografía

1. Rodríguez, L. A., Hernández Rojas, M. A., Aranda Puebla, J. C., Leal Mérida, G., Larracilla Salazar, I., & Loeza Montiel, V. (2017). Colecistectomía laparoscópica; alternativa con tres puertos. Cirugía endoscópica, 18, 13–17. https://www.mediagraphic.org.mx.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. https://www.msps.es.
3. Parrales Mora, M., Medina Céspedes, M., & Zúñiga Montero, M. (2018). Colecistectomía Laparoscópica, un enfoque anatomoclínico. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, TEMA 4, 1–9. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica.
4. Almora Carbonell, C. L., Arteaga Prado, Y., Plaza González, T., Prieto Ferro, Y., & Hernández Hernández, Z. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Revista Ciencias Médicas, 16(1), 200–214. https://scielo.org/es/.

5. Calleja Arribas, B. (2015, junio). Resultados del tratamiento de la colecistitis aguda en pacientes ancianos. Comparación de diversas opciones terapéuticas; colecistectomía urgente, diferida, colecistectomía percutánea y tratamiento antibiótico. Trabajo fin de grado. https://repositorio.unican.es/xmlui/.
https://repositorio.unican.es/xmlui/.
6. Faus Gabandé, F., Santaines Borredá, E., & Rubio San Pedro, D. (2016, febrero).Miscelánea de enfermería quirúrgica cirugía general y visceral. Trabajo Fin de Master. http://aeeq.net/formacion/practica.php.

## Capítulo 32

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

RUTH AZORÍN SOLER

## 1 Introducción

El sondaje nasogástrico es una técnica de enfermería que consiste en establecer una vía de acceso al estómago a través de una fosa nasal, mediante la inserción de una sonda, tubo flexible de plástico o material parecido, con diversos fines, bien diagnósticos, terapéuticos o de alimentación. En este trabajo se pretende actualizar los conocimientos, entre los profesionales de enfermería, relacionados con la realización de esta técnica, de tal manera que se consiga mayor dominio en el abordaje y manejo del sondaje, así como procurar minimizar los errores que puedan desencadenar unas complicaciones importantes. En cuanto a la técnica, cabe destacar que el objetivo del sondaje nasogástrico puede obedecer a diversos motivos dentro de los cuales destacamos:

- Administrar alimentación o medicación en pacientes con alteraciones en alguna parte del tubo digestivo (cirugía, tumores, etc.).

- Con fines diagnósticos como el caso de las intoxicaciones o hemorragias digestivas.
- Vaciado del contenido gástrico para disminuir la distensión abdominal, favorecer cicatrices de cirugías o bien para la realización de cultivos.

Otro punto a destacar es el calibre de la sonda que se va a colocar, dependiendo del uso que se le va a dar, de modo que puede ser rígida y gruesa si es para la descompresión a abdominal o bien elástica y fina como es el caso de las sondas de alimentación de larga duración. Finalmente, destacar que es de suma importancia el hecho de explicarle al paciente o a sus familiares en que consiste la técnica y solicitar su colaboración para minimizar las posibles complicaciones.

## 2 Objetivos

Unificar criterios en el manejo del sondaje nasogástrico a los pacientes ingresados por parte del equipo de enfermeria de los centros hospitalarios

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El objetivo de ese trabajo es la actualización de conocimientos entre los profesionales de enfermería, quienes realizan esta técnica, sobre la colocación y manejo de la sonda, así como sobre el material necesario para ejecutar ese procedimiento.
En relación con el material, se necesita lo siguiente:

-Sonda nasogástrica de un calibre y material adecuado según el uso indicado.
-Fonendoscopio
-Una jeringa de 50 ml
-Un tapón para la sonda o bolsa colectora
-Lubricante hidrosoluble, gasas, guantes y vaso de agua.

Antes de empezar la técnica del sondaje, se le explica al paciente o familiar en que consiste la misma, los posibles riesgos y se le solicita colaboración para minimizar

el estado de ansiedad y evitar posibles complicaciones. Tras colocar al paciente en posición de fowler o decúbito lateral izquierdo, Lo primer que se hace es medir el tramo de la sonda que se vaya a introducir con el método de Hansen (Punta de la nariz →Lóbulo de la oreja →apófisis xifoides) y se marca con rotulador. Se lubrica el extremo distal de la sonda y se empieza a introducir hacia abajo y en sentido de la oreja del mismo lado de la fosa nasal escogida previamente y cuando llega a la zona orofaríngea, se le pide al paciente que incline la cabeza hacia delante y empieza a tragar saliva o a beber un sorbito de agua conforme vaya avanzando la sonda hasta llegar al estómago. Una veza confirmada la ubicación se aspira unos ml de contenido gástrico o bien insuflar una pequeña cantidad de aire y comprobar su llegada con el fonendoscopio, se procede a la fijación de la sonda con el esparadrapo y se procede al registro de la intervención anotando los siguientes datos:
-Motivo del sondaje
-Fecha y hora del sondaje
-Modelo y calibre de la sonda colocada.
-Aspecto y volumen del contenido gástrico evacuado
-Planificar los cuidados de mantenimiento y la fecha aproximada del cambio de la sonda.
-Vigilar en cada momento la aparición de cada tipo de incidencia.
Finalmente, destacar que la correcta realización de un procedimiento médico enfermero disminuye de manera considerable las posibles complicaciones y secuelas de una tarea mal ejecutada por desconocimiento de la misma.

## 5 Discusión-Conclusión

El objetivo del sondaje nasogástrico puede ser diagnóstico o terapéutico y cuando es de larga duración supone un cambio importante en la rutina diaria del paciente y hay que entrenar a familiares y cuidadores por parte del personal de enfermería a identificar todo tipo de incidencia para evitar complicaciones mayores destacando los siguientes elementos:
Los lubricantes hidrosolubles se disuelven si entran por error en los bronquios, en cambio, los liposolubles tipo vaselina no lo hacen y pueden provocar problemas respiratorios. Hay que realizar una higiene diaria de las fosas nasales y comprobar su permeabilidad, así como de la boca e hidratar los labios. El cambio de la sonda oscila entre los 14 días en el caso de polietileno, 2 meses en las de tipo poliuretano y sobre tres meses en las de silicona, y con respecto a las posibles complicaciones que pueden surgir, se incluyen: broncoaspiraciones, erosiones y

ulceraciones, salida accidental, obstrucción o hemorragia gástrica. Finalmente, recalcar que, en cada momento de los cuidados, hay que tener presente la importancia de preservar la intimidad del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Daniel Sánchez Solís, Abordaje de Enfermería: colocación de un sondaje nasogástrico (SNG), la revista O cronos. Vol. IV. Nº 10–octubre 2021. Pág. Inicial:Vol. IV; nº10: 217.
2. M.ª Dolores Huerta, Pilar Martínez, Isabel Gómez, protocolo de sondaje nasogástrico y nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Albacete, SESCAM.
3. M.ª Pilar Sánchez Pérez Laura López-Palomino Galeote, Sondaje nasogástrico, Abril / 2019.

## Capítulo 33

# LA ENFERMERÍA Y LA VENTILACIÓN MECÁNICA

ALEJANDRO OLIVARES SÁNCHEZ

IRENE PÉREZ CARDENAL

IRENE GALLARDO GALLEGO

ROCIO ORTEGA RUIZ

RUTH AZORÍN SOLER

## 1 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva nos ayuda a dar al paciente un soporte de ventilación artificial o bien con un tubo endotraqueal o si el paciente tiene una traqueostomía por medio de una mascarilla facial, o nasal que se cierra como si fuera un casco en la cabeza.
Para que este tipo de ventilación funcione correctamente todo el personal sanitario debe de conocer cómo se pone y se quita sobre todo en las primeras horas que nos indicara si está todo correcto y el paciente va notando mejoría. Este tipo de ventilación siempre se realiza en los servicios cerrados como lo es la unidad de cuidados intensivos (UCI), ya que de un 30-70 % de pacientes que están hospitalizados en la unidad llevan este tipo de tratamiento para su mejoría. Este tipo de respiradores nos suele dar presión positiva o negativa según su utilización y los parámetros que nos haya indicado el médico para su uso.

La comunicación que debemos de tener el personal sanitario con todos los pacientes que se están tratando con este tipo de ventilación mecánica se convierte en un reto para todo el personal sanitario, para los propios pacientes en su total mejoría y para todos sus familiares.

## 2 Objetivos

- Identificar las pautas de actuación de Enfermería para ofrecer una buena calidad asistencial a los pacientes con ventilación mecánica no invasiva.

## 3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con ventilación mecánica y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, ventilación mecánica, respiradores.

## 4 Resultados

Cuando se decide en la unidad de cuidados intensivos que el paciente crítico necesita ventilación mecánica no invasiva (VMNI) la mayoría de las veces se emplea en enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
Las ventajas de uso del respirador o ventilación mecánica son las siguientes:
- Se intercambian gases de oxígeno y ventilación.
- Se controlan los síntomas como la disnea.
- Mejora la fatiga y favorece los músculos respiratorios en reposo.
- Mejora la calidad de vida del paciente.
- Se aplica de forma intermitente.
- Se puede retirar fácilmente y volver a poner en caso urgente del paciente que lo necesite.
- El paciente aunque tenga ventilación mecánica puede toser, expectorar, etc.
- No sedan al paciente profundamente.
- Y también evita la obligatoriedad de llevar la sonda nasogástrica.
- Evita las infecciones nosocomiales.
- Reduce la atrofia respiratoria que está inducida por el respirador.

Y sus inconvenientes son los siguientes:

- Necesita mucho más tiempo en inversión por el personal sanitario sobre todo las primeras horas que lo lleva conectada la ventilación mecánica no invasiva (VMNI).
- No puede llevar mascarilla quirúrgica.
- Puede tener fugas de aire por un mal sellado.
- Tiene dificultad a la hora de aspirar secreciones. Los cuidados que requiere el paciente deben de tener como finalidad prevenir, disminuir y resolver las complicaciones que puedan surgir con los respiradores y se solucionen a tiempo, para no dañar el estado del paciente.

Siempre que el paciente esté con ventilación mecánica no invasiva (vmni) debemos de tenerlo monitorizado para saber sus constantes vitales, vigilar las zonas de fricción y presión en la piel para que no se formen las úlceras por presión.
La actuación del personal sanitario después de la VMNI siempre van a mejorar el estado de salud del paciente como tenerlo colocado en una posición cómoda, eliminar las secreciones mediante aspiración de sonda, hidratar las mucosas y administrar oxigenoterapia si el médico lo deja prescrito y recoger todo el material que se emplea con el paciente para desinfectarlo y esterilizarlo para su mantenimiento.
3.

## 5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica invasiva asistida que se les ofrece a los pacientes es para facilitar una mejoría dependiendo de las patologías que tenga el paciente, pero lo que si es cierto que la ventilación mecánica ayuda a respirar al paciente que está conectado al respirador mediante el tubo endotraqueal o de una traqueotomía lo cual esto sustituye la función de la ventilación, en definitiva es el volumen de aire que se mueve dentro de los pulmones y al exterior por la unidad del tiempo, normalmente suele ser un minuto porque así es como la respiración normal sin ayuda mecánica.
El paciente con VMNI necesita unos cuidados especiales en los cuales con la ayuda de la enfermera conseguiremos el bienestar del paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, darle al paciente con unos cuidados que se basen en la efectividad de nuestra actuación nos lleva a la mejoría y bienestar del paciente para tener un buen plan de cuidados y mejorar la práctica profesional.
La VMNI es una técnica eficaz y sencilla para tratar la insuficiencia respiratoria y también sirve en algunos pacientes con dificultades para la desconexión de la

ventilación mecánica convencional. Actuar correctamente utilizando las técnicas adecuadas para mantener la ventilación mecánica no invasiva en el paciente nos hace mejorar en la calidad de vida del paciente y en el tratamiento del mismo, sin dejar atrás la propia colaboración del paciente que es muy importante para disminuir la ansiedad y facilitar su confort.

## 6 Bibliografía

1. Pérez PJ. Ventilación Mecánica. Madrid: Fundación Española del Corazón. Disponible en: https://fundaciondelcorazon.com/informacionparapacientes/tratamientos/ventilacion-mecanica.html.
2. Del Castillo Otero D, Cabrera Galán C, Arenas Gordillo M, Valenzuela Mateos F. Ventilación mecánica no invasiva. NEUMOSUR. 2003.
3. Vergara Olivares JM. coordinador. Protocolos Clínico Terapéuticos en Urgencias Extrahospitalarias. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 201.

## Capítulo 34

# AUTOMEDICACIÓN EN EL ANCIANO Y PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU MANEJO

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

PATRICIA CALVO GUZMÁN

## 1 Introducción

La automedicación (AM) es un problema de primera magnitud en la sanidad española y con considerables consecuencias en la población, las cuales pueden ser especialmente severas en pacientes ancianos debido a su fragilidad habitual.
Se considera interesante que el 85% de los ancianos se autoadministran su medicación, lo que en pacientes con pérdida de memoria puede derivar en incumplimiento y fracaso terapéutico. Sería apropiado en estos pacientes que el personal de enfermería revisará que se cumplen las tomas farmacológicas, aumentando así el éxito del fármaco y reduciendo la posible iatrogenia derivada de un mal uso de la medicación.
La normativa europea vigente estipula que fármacos considerados de uso habitual y sin un potencial dañino excesivo pueden ser vendidos a la población sin

receta médica. Estos fármacos son fácilmente accesibles a la población y, por tanto, una fuente potencial de automedicación y polifarmacia. Se recomienda al personal de enfermería preguntar sobre el consumo de dichos fármacos cuando se investigue una posible automedicación. Del mismo modo, también se considerará como automedicación el uso de productos de herboristería, pues muchos favorecen interacciones farmacológicas con fármacos habituales.

Antes de continuar se considera fundamental diferenciar entre AM y la "auto administración de la medicación debidamente indicada". Un paciente que se automedica es aquel que bajo su propio criterio considera que tiene un problema de salud que intenta paliar con algún fármaco, sin haber sido previamente evaluado por personal sanitario. Por el contrario, hablaremos de auto administración cuando el paciente toma un fármaco a petición del sanitario. En este trabajo trataremos el primer concepto, la AM indebida.

El objetivo fundamental de esta revisión bibliográfica es concienciar al personal de enfermería del peligro de la AM en pacientes geriátricos. Como resumen de la secuencia de hechos derivada de la AM podríamos decir que la AM conlleva polifarmacia, la polifarmacia, interacciones farmacológicas y estas a su vez derivan en mayor toxicidad, menor eficacia y efectos indeseados(1–3). Un ejemplo de esto sería un anciano que se automedique con ansiolíticos tipo benzodiacepina e hipotensores, y como consecuencia de la potenciación de sus efectos sufra una caída que derive en una fractura de cadera y la comorbilidad asociada. Quede por tanto claro la trascendencia de la AM con este supuesto.

## 2 Objetivos

- Estimar la prevalencia de la automedicación en el anciano medio español.
- Concienciar al personal de enfermería sobre la AM y consejos para detectarla e intervenirla.

## 3 Metodología

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

# 4 Resultados

4.1. Definición de AM

Como primer paso para afrontar los objetivos de este trabajo debemos definir con la mayor precisión posible que es la AM. La automedicación la definimos como el uso de medicamentos por parte de un paciente sin prescripción médica ni seguimiento por parte de un profesional sanitario.

La automedicación, en determinadas situaciones, puede ser efectiva y segura, pero en general la automedicación suele ser peligrosa. Esto es especialmente cierto en pacientes mayores que a menudo sufren de condiciones de salud crónicas y toman múltiples medicamentos para tratar múltiples dolencias. Esto se debe a que los pacientes mayores experimentan cambios en la fisiología de su cuerpo a medida que envejecen, lo que puede afectar la farmacocinética y farmacodinámica de medicamentos. Además, cabe recordar que la población geriátrica es más susceptible a efectos negativos de los fármacos

4.2. Prevalencia de AM en ancianos españoles.

No se ha encontrado bibliografía española reciente que haya estudiado cuál es la prevalencia de la automedicación entre la población geriátrica de nuestro país, aunque sí hay un estudio de 2009 que la cifra en 31% (algo superior en mujeres) (4), este dato es posible que esté desfasado, y, por tanto, se anima a la comunidad científica española a investigar esto de nuevo. Estudios similares realizados en otros países europeos, en concreto Suecia, datan la cifra en torno al 43% (5).

4.3 Botiquín del paciente que se automedica

Al investigar sobre cuáles son los fármacos más frecuentes en la automedicación de los ancianos, el estudio de Esther Vacas (4) establece que son analgésicos, gastrointestinales y fármacos comunes para el resfriado. También resaltar que la AM es prácticamente igual de frecuente en situaciones agudas y crónicas.

Otro fármaco muy empleado en la AM son las benzodiacepinas, a las cuales los pacientes ancianos son especialmente vulnerables, pudiendo provocar somnolencia excesiva, caídas, agitación paradójica y pérdidas de memoria.

De cara a detectar una posible AM en un paciente anciano, es esencial que la enfermera conozca cuáles son los efectos adversos más frecuentes en los ancianos: inquietud, estreñimiento, arritmias, incontinencia, confusión o clínica extrapiramidal.

A continuación se exponen consejos que la enfermera puede aplicar en su día a día para evitar la AM y la polifarmacia:

A) Educación: El personal de enfermería deberá motivar a ancianos y familias sobre la importancia de acudir a un centro sanitario antes de tomar medicamen-

tos no prescritos y sobre la necesidad de seguir las instrucciones del médico en cuanto a la posología de los medicamentos.
B) Revisión de medicamentos: Será papel de la enfermera revisar que los fármacos que toma el paciente están debidamente prescritos, así como investigar un posible caso de AM ante la sospecha de un efecto secundario. Existen criterios START/STOP que indican de manera clara cuando continuar o descontinuar un fármaco. Es fundamental que enfermería y medicina cooperen para desprescribir un fármaco que no es necesario o que pueda estar provocando un efecto adverso en vez de tratar el efecto adverso con otro fármaco, evitando así una cascada de efectos secundarios
C) Uso de contenedores de medicamentos: Las enfermeras pueden recomendar el uso de contenedores de medicamentos para ayudar a los pacientes ancianos a recordar cuándo tomar los medicamentos y evitar errores en la toma.
D) Identificación de factores de riesgo: Las enfermeras pueden identificar factores de riesgo en pacientes ancianos que puedan aumentar la probabilidad de automedicación, como la falta de acceso a la atención médica o la falta de comprensión de las instrucciones de los medicamentos.

## 5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando la importancia de que no hay que automedicarse sin estar bajo la supervisión médica, ya que no es un acto que beneficie a la salud y, por tanto, el paciente puede tener patologías producidas por ese acto irresponsable, sin contar la automedicación de sus padres a hijos sin tampoco supervisión. Por lo tanto, es vital el papel de las enfermeras en la educación de los pacientes a cerca de sus enfermedades y tratamientos, incluidos los medicamentos recetados, los efectos secundarios y las posibles interacciones. Al educar a los pacientes sobre los medicamentos, los cuidadores pueden prevenir la AM y reducir iatrogenia.

## 6 Bibliografía

1. C Rozman, F Cardellach López, Alexander Von Domarus, Pedro Farreras Valentí, Al E. Medicina interna. Barcelona: Elsevier; 2020.
2. Cusack, B., Kavanagh, S., & Brennan, M. (2019). Medication safety in older adults: challenges and opportunities for community nurses. British Journal of Community Nursing, 24(1), 12-16. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.1.12.
232

3. Martín Aurioles E.'; Barquero Moreno (.2; de la Cruz Cortés J.I2; González Correa J.A. Reflexiones sobre automedicación. 2011.
4. Vacas Rodilla E, Castellà Dagà I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallarés Comalada MC, Balagué Corbera M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. Aten Primaria [Internet]. 2009 May [cited 2023 Apr 11];41(5):269–74. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708000565.
5. Anderberg, P., Nemes, S., & Stenlund, H. (2018). Self-medication among the elderly in northern Sweden: a cross-sectional study. BMC Geriatrics, 18(1), 114. doi: 10.1186/s12877-018-0803-7.

## Capítulo 35

# CAMBIOS FISIOPATÓLOGICOS EN LA SENECTUD Y SU ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

PATRICIA CALVO GUZMÁN

## 1 Introducción

La senectud se entiende como la etapa cronológica final de la vida humana. El concepto de senectud desde el punto de vista de la gerontología puede ser abordado desde la perspectiva socio-asistencial, biológica, clínica o psicológica. En cada uno de estos aspectos el envejecimiento genera cambios perceptibles a los ojos del personal de enfermería, se considera de vital importancia el entrenamiento del personal identificando dichos cambios para poder dar una respuesta satisfactoria y que mantenga la calidad de vida del paciente.

Cabe mencionar que muchos de los cambios bio-socio-psicosociales que se abordarán, no deben ser entendidos como un proceso patológico que la enfermera deba "curar", sino como un proceso de cambio fisiológico esperable en la vejez

que muchas veces nos limitaremos a hacer entender al paciente y aportar las medidas pertinentes para que no suponga una perdida de la calidad de vida.
Véase el ejemplo de la xeroftalmia típica en la vejez, aunque es una condición que puede implicar comorbilidad si no se aborda correctamente, no debe ser entendido como una enfermedad en sí. Del mismo modo que no consideramos que los cambios producidos en una mujer embarazada sean patología, los cambios típicos en el anciano tampoco deben ser entendidos necesariamente como una patología clínica.
Aclarar que no se debe tomar esto al pie de la letra, pues también hay patologías propiamente dichas asociadas al anciano. Buenos ejemplos de esto serían la artrosis o la hiperplasia benigna de próstata.
Muchas veces el límite entre cambios fisiológicos del envejecimiento y síndrome geriátrico es difuso, así que consideraremos la pérdida significante de calidad de vida y la comorbilidad asociada al proceso, el punto de corte entre ambos conceptos cuando son confusos.
El objetivo fundamental de nuestro trabajo será exponer sistema a sistema y desde el punto de vista de la enfermería geriátrica, como el organismo del anciano sufre cambios con la edad y como nuestro personal debe enfrentarse a ellos

## 2 Objetivos

-Explicar los cambios típicos del envejecimiento en el anciano en los diferentes sistemas y aparatos del organismo.
-Exponer la importancia de formar al personal de enfermería en detectar los cambios y entrenarlo en su abordaje.

## 3 Metodología

Se presenta un estudio descriptivo transversal en el que se ha hecho una revisión de la bibliografía más relevante sobre el tema tratado. La información se recabó de fuentes de información como Pudmed y en artículos encontrados en Google Academics.

# 4 Resultados

Fruto de la búsqueda bibliográfica se analizan dichos cambios ordenados por sistemas.

4.1-Sistema Cardiovascular

En el corazón del anciano los miocitos sufren un proceso progresivo de esclerosis. Esta es la razón de una mayor incidencia de Insuficiencia cardiaca en el anciano, concretamente del tipo diastólica. La enfermera deberá estar atenta a la aparición de la semiología clásica de la insuficiencia cardiaca: edema de tobillos, fatiga, ortopnea o disnea. Una medida que la enfermera puede aplicar en el paciente con ortopnea es la recomendación de usar varias almohadas o elevar el cabecero de la cama.

La esclerosis del tejido cardiaco también condiciona un aumento de la incidencia de la fibrilación auricular, la enfermera podrá prevenir complicaciones mayores de esta arritmia (ictus embólicos) controlando periódicamente el ritmo del pulso, así como educando al paciente en la auto medición del pulso (1).

Debido a que el citocromo P450 en los ancianos metaboliza más lento y peor algunos antihipertensivos, es común el aumento de la sensibilidad a algunos de dichos fármacos, pudiendo aparecer algunos efectos adversos típicos como la tos con los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Los barorreceptores carotídeos del anciano se vuelven menos sensibles en la detección y corrección de los cambios de presión, como consecuencia los ancianos tienden a sufrir de hipotensiones ortostáticas. Se deberá educar al paciente anciano para reconocer los síntomas y evitar caídas como consecuencia.

Las arterias tienden a la rigidez y, por tanto, a la hipertensión, la hipertrofia ventricular y el infarto, en dicho sentido los cuidados de enfermería deberán ir encaminados a una detección precoz y tratamiento de la misma(2,3).

4.2-Sueño

La arquitectura normal del sueño humano, divida grosso modo en sueño REM y no-REM se altera en el anciano. Aumenta la latencia REM y disminuye el sueño de ondas lentas y sueño REM, fases conocidas como sueño reparador. Esto implica una mayor prevalencia de insomnio de conciliación, mayor frecuencia de despertares intrasueño y en general un sueño menos eficiente.

Desde la labor enfermera podemos recomendar una buena higiene del sueño.

Para ello recomendamos evitar excesivas siestas diurnas, tener un lugar cómodo de descanso, buena temperatura ambiente y reducir el consumo de café y otros estimulantes cuando se acerque la noche(4).

4.3. Audición

En etapas tardías de la vida aparece la presbiacusia. Esta es una condición en la que el paciente pierde la agudeza auditiva para los sonidos de alta frecuencia de forma progresiva, aunque la inteligibilidad se mantiene al aumentar los decibelios.
Recomendaremos visita al otorrinolaringólogo para establecer un plan de acción
4.4-Socio-psicología
El anciano es un paciente con tendencia a la depresión y la ansiedad. Es importante conocer que los ancianos pueden no manifestar los síntomas clásicos de depresión (como anhedonia, apatía o tristeza patológica) pudiendo manifestar síntomas menos comúnmente asociados a la enfermedad, como un declive intelectual frecuentemente confundido con principio de demencia. Esta condición es se denomina pseudo-demencia.
El personal de enfermería deberá prestar atención al anciano como un conjunto bio-psico-social, en el que no solo importaran parámetros clínicos cuantificables, sino también la salud mental del paciente.
Por supuesto, también es conocido que en el anciano el poder cognitivo se reduce, con tendencia a síntomas clásicos del Alzherimer como afasia, apraxia y agnosia.
4.5-Sistema osteomuscular
Posiblemente, uno de los cambios que más quejas y consultas generan entre la población geriátrica, siendo los dos grandes protagonistas, la artrosis y a la osteoporosis.
La artrosis es un proceso degenerativo prácticamente universal en el que progresivamente se pierde la turgencia del cartilado articular, provocando fricción entre los extremos articulares y generando dolor muchas veces invalidante. Aunque contrario a lo que se pudiera pensar, la localización artrósica más frecuente es la mano, las que más invalidez generan son la gonartrosis (más prevalente en mujeres) y la coxartrosis (más frecuente en hombres).
El abordaje de la artrosis por desgracia sigue siendo a día de hoy paliativo. Recomendaremos el uso de analgésicos, evitar inmovilizaciones prolongadas, bastones u otros dispositivos de ayuda para caminar y en determinados casos podrían ser candidatos para artroplastias.
La osteoporosis es otro proceso degenerativo por el cual el hueso pierde densidad ósea, afectando sobre todo el hueso esponjoso. La osteoporosis es especialmente frecuente en mujeres tras la menopausia debido al bajón de los niveles de estrógenos y su influencia sobre la densidad mineral ósea. Además de animar a las pacientes a someterse a densitometrías óseas, el personal de enfermería animará encarecidamente a la práctica deportiva y a un correcto aporte de calcio y vitamina D mediante la dieta para mantener la densidad.

La importancia de atajar correctamente la osteoporosis está en su relación con fracturas con mucha comorbilidad asociada como la fractura de cadera.
4.6-Cambios sociales
Con el envejecimiento las circunstancias de la vida de la persona cambian y es posible nombrar varios de estos cambios. El anciano por norma general ve reducido su poder adquisitivo con la consiguiente caída en el nivel socioeconómico, lo que condiciona mayor fragilidad a la persona. Es frecuente la pérdida de la pareja del anciano/a, lo que muchas veces acarrea duelos patológicos, soledad y desestructuración familiar.
Suelen ser habituales los problemas con el acondicionamiento de la vivienda a las nuevas necesidades, como pisos sin ascensor o duchas no preparadas para el paciente geriátrico.
La enfermera deberá reconocer dichos problemas, integrarlos en el conjunto biopsico-social del paciente y reconocer cuando es pertinente la ayuda de los asistentes sociales.

# 5 Discusión-Conclusión

Entre la población geriátrica es frecuente una mayor incidencia de patologías que se presentan en el paciente de edad media y también patologías propias de la edad anciana. La geriatría clínica ha descrito múltiples cambios fisiopatológicos en el cuerpo del anciano. Muchos de estos cambios suponen una predisposición a patología y otros son simples adaptaciones del organismo.
Como profesional de la salud, es importante que una enfermera se adapte a los cambios fisiopatológicos que experimentan los ancianos. Esto implica una comprensión profunda de los procesos de envejecimiento, las enfermedades crónicas que pueden afectar a los ancianos y las mejores prácticas para mantener la salud y el bienestar.

# 6 Bibliografía

1. Envejecimiento del sistema cardiovascular [Internet]. [cited 2023 Apr 24]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0120-56332005000400002
2. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cited 2023 Apr 24]. Available from: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864012702699?token=

E6D9DDD652898D3518A7100C97BBA3AC25A66D38F7D658D98132E8E3F38105485ECAF090D
eu-west-1&originCreation=20230424214546
3. C Rozman, F Cardellach López, Alexander Von Domarus, Pedro Farreras Valentí, Al E. Medicina interna. Barcelona: Elsevier; 2020.
4. Cruz Menor E, Hernández Rodríguez Y, Morera Rojas BP, Fernández Montequín Z, Rodríguez Benítez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. 2008 Dec [cited 2023 Apr 25];12(2):121–30. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942008000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

## Capítulo 36

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO

NATALIA MORENO JIMÉNEZ

ANGEL LUIS ESTEBAN GÓMEZ

DUNIA EL IMAMI CHAHBOUN

YOLANDA PADILLA GARCÍA

PATRICIA CALVO GUZMÁN

## 1 Introducción

El número de muertes de los pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico (TCE) grave ha disminuido de gran manera en los últimos años. Aun con este decaimiento, se ha seguido manteniendo el número de pacientes que quedan en estado vegetal o gravemente incapacitados.
Todo ello se debe, básicamente, a conocer mejor la fisiopatología de las lesiones neurotraumáticas y así aplicar con rapidez protocolos de neuromonitorización y su correspondiente tratamiento.
Según lo obtenido de las guías de práctica clínica, el parámetro que debemos monitorizar de forma obligatoria en estos pacientes debe ser la PIC (presión intra craneal) aunque también podemos completar la neuromonitorización con otras variables que nos den alguna información adicional, como pueden ser la PVC, HTA, BIS, escala Glasgow, RASS, ESCID…

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

## 2 Objetivos

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

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en los cuidados que debe ofrecer el personal de enfermería un paciente neurocrítico ingresado en una UCI.
Para su formulación se ha buscado en bases de datos como Pubmed, SciELO, Dialnet, MedLine, Scopus y Proquest. Añadiendo diversos descriptores con los operadores booleanos “AND”, “OR” y ”NOT”.

## 4 Resultados

El personal de enfermería que trabajamos en una unidad de cuidados intensivos debemos hacer un control neurológico de un paciente neurocrítico cada 20-30 min aproximadamente.
Se debe mantener una vía aérea permeable, ya sea con intubación orotraqueal (que es lo que nos vamos a encontrar en la mayoría de los pacientes) o si él mismo puede hacerlo sin necesidad de oxígeno.
Relacionado con el control hemodinámico hay que vigilar las constantes vitales como son la tensión arterial, la saturación de oxígeno, el ritmo cardiaco, temperatura corporal (ya que la fiebre aumenta el volumen sanguíneo cerebral) y

glucemia capilar. El paciente estará conectado constantemente a un monitor que nos mostrará los datos de sus constantes y nos indicará mediante una alarma si algo no va bien o sobrepasa los límites (tanto superiores como inferiores).
Se debe intentar mantener una presión arterial media (PAM) suficiente, en torno a 90, para conseguir una presión de perfusión cerebral (PPC) adecuada. La cabeza debe estar en una posición neutra elevada a 30-45º y monitorizar la PIC.
Encontramos tres formas de medir la presión intracraneal:
1. Se monitoriza mediante un catéter intraventricular (que se inserta en quirófano). Se hace un orificio en el cráneo y se introduce el cateter hasta en ventrículo lateral. Este lleva un sensor para monitorear la presión alrededor del cerebro. El dispositivo envía todos los datos y mediciones a un monitor que es donde se registra.
2. Mediante un tornillo subdural: que se realiza cuando es de extrema urgencia y se necesita un monitoreo inmediato. También se introduce el tornillo a través de un orificio en el cráneo y se coloca en la duramadre. A partir de ahí ya se pueden registrar las medidas.
3. Mediante un sensor epidural: que se coloca entre el cráneo y el tejido de la duramadre. Es menos agresivo que los procedimientos previos, pero en este no podríamos evacuar el líquido cefalorraquídeo sobrante, en cambio, en los otros dos mencionados anteriormente sí.

## 5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que en personal de enfermería tiene un papel fundamental para evitar complicaciones en un paciente neurocrítico ingresado en una unidad de cuidados intensivos.
Tanto que debe de estar constantemente vigilando sus constantes vitales y sus monitorizacions externas como son la PIC y la HIC. Todo ello debe ser reflejado manualmente en una gráfica individual en cada paciente y hacer mediciones horarias.
También el personal de enfermería es el responsable de avisar al médico correspondiente si observa cualquier anomalía o cosa extraña en el paciente, lo que puede llevar a evitar futuras complicaciones si se trata a tiempo.

## 6 Bibliografía

1. Poca, M. A.: Monitorización de la hemodinámica cerebral en los traumatismos craneoencefálicos graves a partir de las diferencias arterio-yugulares de oxígeno.

Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. 2021. Tesis Doctoral.
2. Abdo, C.A., Figueredo, M.J., Castellanos, G.R., et al.: Monitorización de la saturación yugular de oxígeno y la isquemia cerebral en el paciente neurocrítico. Rev
Neurol 2011; 33: 511-513.
3. Sahuquillo, J., Castaño, C., Vilalta, J., et al.: Reactividad vascular cerebral al CO2 en la fase aguda de los traumatismos craneoencefálicos severos. Estudio preliminar de 20 casos. Neurocirugía 1991; 1: 261-26

## Capítulo 37

# TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA HEPÁTICO

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

## 1 Introducción

El adenocarcinoma hepático, también conocido como carcinoma hepatocelular (CHC), es un tipo de cáncer que se origina en las células del hígado, principalmente en las células hepatocitarias, que son las células más abundantes y funcionales del hígado. Este cáncer es uno de los tipos más comunes de cáncer de hígado y suele estar relacionado con condiciones hepáticas crónicas, como la cirrosis, la hepatitis viral crónica o el consumo excesivo de alcohol.

El adenocarcinoma hepático es una enfermedad grave, ya que a menudo se diagnostica en etapas avanzadas, cuando es difícil de tratar. Los síntomas pueden variar, pero a menudo incluyen dolor abdominal en el lado derecho, pérdida de peso inexplicada, fatiga, ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos) y distensión abdominal.

Las causas exactas del adenocarcinoma hepático no siempre son claras, pero los factores de riesgo incluyen la presencia de enfermedades hepáticas crónicas, la infección por el virus de la hepatitis B o C, la exposición a toxinas ambientales y, en algunos casos, factores genéticos.

El diagnóstico suele requerir pruebas de imagen, como la tomografía computarizada o la resonancia magnética, y análisis de sangre para evaluar la función hepática y buscar marcadores tumorales. El tratamiento depende de la etapa de la enfermedad, pero puede incluir cirugía, trasplante de hígado, quimioterapia, radioterapia y terapias dirigidas.

El adenocarcinoma hepático es un cáncer que se origina en las células del hígado y está relacionado con enfermedades hepáticas crónicas y factores de riesgo como la infección viral y la exposición a toxinas. Su diagnóstico temprano es fundamental para mejorar las posibilidades de tratamiento y supervivencia.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero en el cuidado del paciente con adenocarcinoma hepático.

## 3 Metodología

Para 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 papel del enfermero en el cuidado de pacientes con adenocarcinoma hepático es esencial para proporcionar una atención integral y de calidad. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el manejo de esta enfermedad:

Evaluación y monitorización: El enfermero realiza una evaluación exhaustiva del

paciente para determinar el estado de la enfermedad, los síntomas y las necesidades individuales. Esto incluye la medición de signos vitales, la revisión de los resultados de pruebas de laboratorio y la evaluación de síntomas como dolor abdominal, fatiga o ictericia.

Educación al paciente: Proporciona información detallada sobre el adenocarcinoma hepático, su tratamiento y opciones disponibles. Educa al paciente sobre los efectos secundarios de los tratamientos, el manejo del dolor y la importancia de seguir las indicaciones médicas.

Manejo de síntomas y efectos secundarios: Los enfermeros juegan un papel importante en el alivio de síntomas como el dolor, las náuseas, la fatiga y la disnea. Administran medicamentos y terapias para mejorar la calidad de vida del paciente.

Apoyo emocional: Reconocen el impacto emocional que el diagnóstico de cáncer tiene en el paciente y la familia. Brindan apoyo, escucha activa y ofrecen recursos para el manejo del estrés y la ansiedad.

Coordinación de la atención: Colaboran con el equipo médico y otros profesionales de la salud para coordinar el plan de tratamiento y asegurarse de que se realicen las pruebas y consultas necesarias. Esto incluye programar cirugías, quimioterapia, radioterapia y consultas de seguimiento.

Promoción del autocuidado: Educan al paciente sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable, incluida una dieta equilibrada y la actividad física adecuada. También brindan pautas para el autocuidado durante y después del tratamiento.

Comunicación efectiva: Facilitan la comunicación entre el paciente y el equipo médico, asegurándose de que el paciente comprenda su plan de tratamiento y pueda expresar sus preocupaciones y necesidades.

Cuidados paliativos: En casos avanzados, los enfermeros desempeñan un papel vital en la provisión de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente y garantizar un final de vida digno y cómodo.

El enfermero desempeña un rol multifacético en el cuidado de pacientes con adenocarcinoma hepático, abordando aspectos físicos, emocionales y educativos. Su enfoque en la evaluación, el alivio de síntomas, la coordinación de la atención y el apoyo al paciente y la familia contribuye significativamente a la atención

integral y al bienestar del paciente durante su lucha contra esta enfermedad.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para pacientes con adenocarcinoma hepático es buscar atención médica especializada de inmediato y trabajar en estrecha colaboración con su equipo de atención médica. Esto incluye seguir el plan de tratamiento prescrito por su médico y asistir a todas las citas programadas, pruebas y procedimientos.

Además, es crucial mantener un estilo de vida saludable que incluya una dieta equilibrada, actividad física regular y la abstención total del alcohol y el tabaco. El apoyo emocional es fundamental; no duden en buscar grupos de apoyo o consejería para ayudar a sobrellevar el impacto emocional del diagnóstico y el tratamiento.

Finalmente, mantengan una comunicación abierta y honesta con su equipo de atención médica sobre cualquier síntoma nuevo o preocupación que surja durante el tratamiento. La detección temprana de problemas o efectos secundarios puede ser clave para una atención efectiva y una mejor calidad de vida.

## 6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. Horizonte de enfermeria, 30(3), 271-285.

## Capítulo 38

# TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON VIH

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

## 1 Introducción

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es un virus que ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano, específicamente las células CD4, que desempeñan un papel crucial en la defensa del organismo contra infecciones y enfermedades. Cuando el VIH invade estas células, debilita gradualmente el sistema inmunológico, lo que puede llevar a una serie de problemas de salud y, en última instancia, al SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

El VIH se transmite a través de fluidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna, y las vías más comunes de transmisión incluyen relaciones sexuales sin protección, compartir agujas contaminadas con drogas intravenosas y de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

El diagnóstico del VIH se realiza mediante pruebas de detección de anticuerpos o de ARN del VIH en la sangre. Aunque no existe una cura para el VIH,

el tratamiento antirretroviral (TAR) puede controlar la replicación del virus y ayudar a mantener el sistema inmunológico en niveles saludables, permitiendo a las personas vivir una vida larga y saludable con VIH.

La prevención es clave en la lucha contra el VIH. El uso de preservativos en las relaciones sexuales, la educación sobre prácticas seguras, la promoción de pruebas de detección regulares y la profilaxis preexposición (PrEP) son estrategias importantes para reducir la propagación del VIH.

El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico humano y puede llevar al SIDA si no se trata. La prevención, la detección temprana y el acceso al tratamiento son elementos fundamentales en la gestión de esta infección.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en relación con los pacientes con VIH.

## 3 Metodología

En esta investigación se ha profundizado en la búsqueda de artículos y casos clínicos desde los buscadores indexados con más prestigio en lengua hispana e inglesa, en una primera búsqueda se matizó fuentes secundarias para seleccionar posteriormente los artículos necesarios para una investigación científica.

## 4 Resultados

El papel del enfermero en el cuidado de pacientes con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es multifacético y esencial para proporcionar una atención integral y de calidad. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en el manejo del paciente con VIH:

Evaluación y seguimiento: El enfermero realiza una evaluación exhaustiva del paciente con VIH para determinar su estado de salud general, la carga viral, la cantidad de células CD4 (indicativas de la función inmunológica) y la presencia de infecciones oportunistas. Estas evaluaciones son fundamentales para planificar el tratamiento y monitorear la progresión de la enfermedad.

Administración y seguimiento del tratamiento antirretroviral (TAR): Los enfermeros tienen un papel fundamental en la administración de los medicamentos antirretrovirales y en educar al paciente sobre la importancia de seguir rigurosamente el plan de tratamiento. También monitorean los efectos secundarios y ajustan los medicamentos según sea necesario.

Educación al paciente: Proporcionan información detallada sobre el VIH, el tratamiento, la prevención de la transmisión, las prácticas sexuales seguras y la adhesión al TAR. La educación también abarca temas relacionados con la nutrición, el ejercicio y el manejo del estrés.

Apoyo emocional: Reconocen el impacto emocional que el diagnóstico de VIH puede tener en el paciente y ofrecen apoyo psicológico y emocional. Ayudan a los pacientes a lidiar con el estigma y la discriminación asociados con el VIH.

Prevención: Los enfermeros juegan un papel importante en la promoción de prácticas sexuales seguras, la profilaxis preexposición (PrEP) para parejas serodiscordantes y la prevención de infecciones oportunistas.

Manejo de comorbilidades: Muchos pacientes con VIH también tienen otras condiciones médicas. Los enfermeros ayudan en el manejo de estas comorbilidades, como la diabetes, la hipertensión o la hepatitis, asegurando una atención médica integral.

Monitoreo de la salud a largo plazo: Realizan un seguimiento continuo de la salud del paciente a lo largo del tiempo, incluyendo pruebas de laboratorio regulares para evaluar la función inmunológica y la carga viral. También vigilan la respuesta al TAR y hacen ajustes según sea necesario.

Coordinación de la atención: Colaboran estrechamente con el equipo médico, incluyendo médicos especializados en enfermedades infecciosas y otros profesionales de la salud, para asegurarse de que el paciente reciba una atención coordinada y coherente.

El enfermero desempeña un papel crucial en el cuidado del paciente con VIH, abordando aspectos físicos, emocionales y educativos. Su enfoque en la evaluación, la educación, la administración del TAR y el apoyo emocional contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida del paciente y a la gestión efectiva de esta enfermedad crónica.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento del paciente con VIH es la adherencia constante al plan de tratamiento prescrito por el médico especializado en enfermedades infecciosas. Esto implica tomar los medicamentos antirretrovirales (TAR) de manera regular y a la misma hora todos los días, incluso si el paciente se siente bien. Saltarse dosis o interrumpir el tratamiento puede llevar a la resistencia del virus y reducir la efectividad de los medicamentos.

Además, es crucial mantener una comunicación abierta y continua con el equipo de atención médica. El paciente debe informar cualquier efecto secundario, síntoma nuevo o preocupación de manera inmediata. El equipo médico puede ajustar el tratamiento según sea necesario y proporcionar apoyo adicional.

La educación sobre prácticas sexuales seguras y la prevención de la transmisión del VIH a otros también son esenciales. En resumen, la adherencia al tratamiento, la comunicación con el equipo médico y la prevención son claves para un buen tratamiento y control del VIH.

## 6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. Horizonte de enfermeria, 30(3), 271-285.

## Capítulo 39

# TAREAS DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON MARCAPASOS

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

AIXA CASILDAS GÓMEZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

## 1 Introducción

Un paciente al que le ”falla” el marcapasos se refiere a una situación en la que el dispositivo de marcapasos, que se utiliza para regular el ritmo cardíaco, no funciona correctamente o de manera ineficiente. Para comprender mejor esta situación, es importante considerar que un marcapasos es un pequeño dispositivo electrónico implantado en el cuerpo, generalmente en el área del pecho, que emite impulsos eléctricos para regular el ritmo cardíaco cuando el corazón no puede hacerlo por sí solo de manera adecuada.

Cuando un paciente experimenta una falla en el marcapasos, esto puede deberse a varias razones. Puede ser un mal funcionamiento del dispositivo en sí, como una batería agotada, cables dañados o problemas en la programación. También puede haber interferencias externas que afecten la señal del marcapasos.

Las consecuencias de una falla en el marcapasos pueden variar desde síntomas leves, como mareos o palpitaciones, hasta situaciones más graves, como desmayos o insuficiencia cardíaca. Es fundamental que cualquier paciente con un marcapasos que experimente síntomas inusuales o preocupantes busque atención médica de inmediato para evaluar y abordar la causa de la falla del dispositivo.

La monitorización regular y el seguimiento médico son esenciales para garantizar el funcionamiento adecuado del marcapasos y prevenir posibles fallas. Los pacientes con marcapasos deben someterse a revisiones médicas periódicas y seguir las recomendaciones de su equipo de atención médica para mantener su salud cardíaca óptima y la eficacia de su dispositivo. En resumen, una falla en el marcapasos se refiere a un mal funcionamiento del dispositivo implantado para regular el ritmo cardíaco, y su importancia radica en la necesidad de una atención médica inmediata para abordar cualquier problema y garantizar la seguridad del paciente.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones que tiene el enfermero como profesional sanitario en relación con los pacientes con marcapasos.

## 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 el cuidado de un paciente con un marcapasos que presenta una falla en el dispositivo es fundamental para garantizar una respuesta inmediata y segura ante esta situación potencialmente crítica. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en esta circunstancia:

Evaluación continua: El enfermero debe monitorear de manera constante al paciente para identificar signos de una falla en el marcapasos, como palpitaciones,

mareos, debilidad o desmayos. Esto implica la observación constante de los signos vitales y la respuesta del paciente.

Asistencia de emergencia: En caso de que el paciente presente síntomas graves o una falla evidente del marcapasos, el enfermero debe estar preparado para tomar medidas de emergencia. Esto puede incluir la administración de terapia de resucitación cardio pulmonar (RCP) y la activación del equipo médico de emergencia.

Comunicación con el equipo médico: El enfermero debe notificar de inmediato a los médicos y especialistas en marcapasos sobre la situación. Esto permite una evaluación rápida del dispositivo y la planificación de posibles intervenciones, como la reprogramación del marcapasos o la sustitución del dispositivo si es necesario.

Documentación precisa: Llevar un registro detallado de los síntomas del paciente, las intervenciones realizadas y la respuesta del paciente es esencial para el seguimiento médico y la toma de decisiones posteriores. La documentación precisa garantiza que se disponga de información relevante para el equipo médico.

Apoyo emocional: Una falla en el marcapasos puede ser una experiencia aterradora para el paciente. El enfermero debe brindar apoyo emocional, tranquilizar al paciente y explicar claramente las acciones que se están tomando para resolver la situación.

Coordinación de atención: En colaboración con el equipo médico, el enfermero participa en la planificación de la atención a largo plazo del paciente. Esto puede incluir ajustes en la programación del marcapasos, la revisión de la necesidad de un nuevo dispositivo o la discusión de medidas preventivas para evitar futuras fallas.

Educación al paciente: Una vez que se resuelve la falla del marcapasos, el enfermero debe educar al paciente sobre el funcionamiento del dispositivo, las señales de advertencia de posibles problemas y las pautas para el autocuidado. Esto empodera al paciente para tomar medidas activas en su propio cuidado cardíaco.

El enfermero juega un papel esencial en el manejo de un paciente con una falla en el marcapasos, desde la identificación de síntomas hasta la asistencia de emergencia y la coordinación de la atención a largo plazo. Su enfoque en la evaluación, la comunicación y el apoyo al paciente es crucial para garantizar una respuesta eficaz y segura ante esta situación crítica.

## 5 Discusión-Conclusión

La recomendación fundamental para el tratamiento de un paciente con una falla en el marcapasos es buscar atención médica de urgencia de inmediato. Ante cualquier síntoma como palpitaciones, mareos, desmayos o debilidad, es crucial que el paciente no ignore estos signos y se comunique con su equipo de atención médica o acuda a la sala de emergencias más cercana. La respuesta rápida ante una falla en el marcapasos puede ser vital para la seguridad y la vida del paciente.

Además, se enfatiza la importancia de llevar a cabo revisiones periódicas programadas con el especialista en marcapasos para garantizar el funcionamiento adecuado del dispositivo y detectar cualquier problema potencial de manera temprana. La comunicación abierta con el equipo médico, el seguimiento de las recomendaciones y la adherencia a las revisiones regulares son esenciales para mantener la salud cardíaca óptima en pacientes con marcapasos.

## 6 Bibliografía

García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. Horizonte de enfermeria, 30(3), 271-285.

## Capítulo 40

# PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON NEUMONÍA EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

JUAN GARCÍA GALÁN

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

LAURA BALLESTEROS JEREZ

## 1 Introducción

La neumonía se caracteriza por una infección e inflamación del parénquima pulmonar, causada por microorganismos. Esta afección afecta a los tramos finales de las vías respiratorias y, en algunos casos, también el intersticio alveolar, comprometiendo el intercambio gaseoso. Las neumonías se pueden clasificar en 2 categorías: neumonías adquiridas en la comunidad y neumonías intrahospitalarias o nosocomiales.

Las primeras son aquellas que se contraen fuera del hospital y generalmente son causadas por bacterias sensibles a los antibióticos, por lo que suelen responder mejor al tratamiento. Las segundas afectan a personas ingresadas en una institución cerrada (residencia o hospital), siendo estas bacterias resistentes a varios antibióticos, por lo que suelen evolucionar de peor manera y ser más graves (1,2).

Los cuidados de los pacientes con neumonía deben ser individualizados para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y tratar la infección. Los cuidados se pueden dividir en cuidados generales, cuidados específicos y cuidados de apoyo siendo una parte fundamental del trabajo de enfermería, que se basa en la detección de las necesidades del individuo. Esto se realiza a través de la interacción entre los requerimientos del paciente y la satisfacción de los mismos.
El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta útil para esto, que promueve el pensamiento crítico y consta de cuatro pasos: Valoración Diagnóstica, Planificación, Ejecución y Evaluación. Por lo tanto, el papel y la responsabilidad del profesional de Enfermería de aplicar el proceso de cuidado en función de las necesidades identificadas en el adulto mayor para establecer una atención oportuna, a través de acciones personalizadas dirigidas al diagnóstico prioritario, es fundamental (3).
Los cuidados generales son esenciales para prevenir la propagación de la infección y mejorar la salud del paciente. Esto incluye una buena higiene personal, descanso adecuado, alimentación sana y la administración de medicamentos para controlar la fiebre y el dolor. También se recomienda que el paciente se mantenga en una habitación bien ventilada y se evite la exposición a los elementos externos.
Los cuidados específicos son necesarios para tratar la infección y prevenir complicaciones. Esto incluye la administración de medicamentos para reducir la inflamación, mejorar la función respiratoria y combatir la infección. Pueden incluir antibióticos, medicamentos antivirales y otros medicamentos según la causa de la neumonía. Los tratamientos pueden variar de acuerdo a la edad, el estado de salud general y el nivel de gravedad de la infección.
Los cuidados de apoyo son necesarios para reducir la fatiga y el malestar general del paciente. Esto incluye la administración de líquidos, medicamentos para prevenir la deshidratación y la administración de oxígeno para mejorar la función respiratoria. También se recomienda una buena higiene personal, una dieta saludable y descanso suficiente. Además, es importante prestar atención a los signos y síntomas y administrar medicamentos para aliviar los síntomas (3,4).

## 2 Objetivos

Analizar el caso y realizar una valoración personalizada del paciente mediante las necesidades de Virginia Henderson.
Realizar un plan de cuidados en base a diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería según las necesidades del paciente (NANDA, NOC y NIC).

## 3 Caso clínico

Hombre de 57 años que acude al servicio de urgencias del Hospital General de Villarrobledo porque desde hace 3 días presenta episodios de fiebre (39º), disnea, tos y expectoración.

A la llegada al servicio de urgencias, la saturación de oxígeno es de 89%, tensión arterial 145/78 y temperatura de 37,8º.
Tras estudio radiológico se halla neumonía bilateral, se traslada al paciente al servicio de observación de urgencias con aporte de oxígeno.

En primer lugar, se monitoriza al paciente. Para ello, se decide canalizar 2 vías periféricas para pasar medicación (una de ellas, ya la llevaba de urgencias). Además, se le deja puesto el pulsioxímetro para el monitoreo constante de la saturación de oxígeno.

En segundo lugar, se comienza con el tratamiento. Preparamos una BiPAP en alternancia con gafas nasales de alto flujo y empezamos el tratamiento antibiótico. La BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) es una forma de ventilación mecánica no invasiva diseñada para brindar apoyo temporal a personas con dificultad respiratoria. Se caracteriza por generar dos niveles de presión intratorácica, uno durante la espiración
(EPAP) y otro durante la inspiración (IPAP), a través de una máscara colocada sobre la nariz para mantener las vías respiratorias abiertas (5).

Por último, proporcionaremos al paciente todos los cuidados propios de nuestra área para su confort y mejora de los síntomas y la enfermedad.

Antecedentes médicos:

- No HTA.
- Diabetes Mellitus tipo 2.
- No dislipemia ni hiperuricemia.
- No fumador.
- No hábitos tóxicos.

Alergias: No conocidas.

Exploración física al ingreso:

- Presión sistólica: 136 mmHg.
- Presión diastólica: 74 mmHg.

• Frecuencia cardiaca: 92 lpm.
• Saturación de O2: 87% con BiPAP.
• Temperatura: 36,6 ℃.
• Diuresis: sondaje vesical.

3. Tratamiento actual.

Actividad farmacológica:

Para la correcta administración de los medicamentos pautados, así como su compatibilidad con otros fármacos o enfermedades y para vigilar los efectos secundarios que puede presentar el paciente por su administración vamos a utilizar las fichas técnicas de la página de CIMA (6).

Intravenoso:

-Azitromicina (500 mg/24h): administrada en infusión intermitente diluida en 250 ml de SSF o SG5%.
-Ceftriaxona (2g/12h): administrada en infusión intermitente diluida en 100 ml de SSF o SG5%.
-Hidrocortisona (50mg/12h): administrada en bolo a pasar en 3-5 min diluida en SSF O SG5% o en infusión intermitente diluida en 50-100 ml de SSF o SG5%,
-Omeprazol (40mg/24h): administrado en infusión intermitente diluido en 100 ml de SSF o SG5% a pasar en 20-30 min.
-Suero glucosalino + 30 mEQ de ClK (1000ml/24h).

Subcutáneo:

-Clexane (40UI/12h)
-Insulina Rápida según protocolo diabético.

Nebulización:

-Nebulización de SSF(suero salino fisiológico) cada 6 horas.
-Nebulización de Atrovent 500 mcg + Ventolín 2,5 mg cada 8 horas.

Actividad no farmacológica:

-Control de glucemias cada 6 horas.
-Control de constantes cada hora.
-Control de diuresis cada hora.
-Control de ingestas y pérdidas.

-Dieta líquida.
-Actividad cama-sillón.
-Fisioterapia respiratoria.

Con respecto al plan posterior para el paciente, una vez estabilizado en el servicio de observación se decide hablar con el intensivista de guardia para su traslado a UCI para su completa recuperación y brindarle una atención óptima adecuada a su estado de salud.

4. Proceso de atención de enfermería:

Realizaremos una valoración integral basada en las 14 necesidades funcionales de
Virginia Henderson, utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC para detectar problemas y planificar los cuidados, así como utilizaremos el índice de Barthel para valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
Describiremos uno o más diagnósticos relacionados con cada necesidad y definiremos objetivos y acciones a realizar para el paciente con neumonía (7,8).

1º ETAPA- Valoración del paciente según las necesidades de Virginia Henderson:
o NECESIDAD 1: Respiración – circulación (Alterada)

A la llegada a la unidad el paciente presenta una neumonía bilateral con una saturación del 87% y 34 respiraciones por minuto (taquipnea). Necesita soporte ventilatorio llegando incluso a valorar la intubación, lo que es rechazado por el paciente. Se apoya en ventilación mecánica no invasiva alternando BiPAP y gafas nasales de alto flujo.

En Urgencias el paciente presentaba hipertensión y taquicardia debido a la disnea que sufría, pero una vez estabilizado el paciente no tiene antecedentes de HTA. Sin embargo, debido al largo tiempo que se presiente que va a estar ingresado se pauta heparina ya que presenta riesgo de alteración de la circulación. o NECESIDAD 2: Alimentarse (Riesgo de alteración)

El paciente no presenta problemas bucodentales que le dificulten la masticación o deglución y presenta apetito. Durante el ingreso no ha presentado nauseas o vómitos.

La dieta pautada es una dieta a demanda (puede comer y beber lo que quiera) y también bebe mucha agua (sobre 2 litros al día), aún así el paciente sólo manifiesta

querer líquidos, dado que el paciente tiene diabetes tipo 2 presenta riesgo de alteración de los niveles de glucosa.
En la escala de Barthel el paciente es totalmente independiente para alimentarse. o NECESIDAD 3: Eliminación (Alterado)

Con respecto a la eliminación urinaria el paciente es portador de sondaje vesical en el ingreso para controlar la diuresis y dado que el paciente aun no puede moverse libremente porque sigue con disnea, aunque más leve.

Con respecto a la eliminación fecal como ya he mencionado, el paciente no puede moverse libremente aun debido a la disnea, por lo que utiliza pañal. Suele tener una frecuencia de 1 deposición cada 1 o 2 días de consistencia y color acorde a lo que toma. o NECESIDAD 4: Movimiento (Alterado)

Debido a la enfermedad y la disnea que presenta el paciente se ha visto limitado sin capacidad ni fuerza para deambular. Únicamente se mueve de la cama al sillón con ayuda externa del personal sanitario y una grúa. Una vez sentado en el sillón o cuando esta en la cama mantiene una postura correcta. Siguiendo los ítems del índice de Barthel, es una persona dependiente de ayuda importante. o NECESIDAD 5: Sueño

El paciente manifiesta que en su casa descansa bien durmiendo 7 u 8 horas diarias y durante su ingreso, menos el primer día manifiesta dormir bien todo el resto de las noches. o NECESIDAD 6: Vestirse y desvestirse (Riesgo de alteración).

Dependencia para vestirse y desvestirse debido a que con mínimos esfuerzos aparece la disnea, por lo que es ayudado por el personal sanitario para ello. o NECESIDAD 7: Mantener la temperatura corporal.

El primer día presento fiebre al inicio del ingreso que cesó una vez iniciado el tratamiento, desde entonces su temperatura axilar oscila entre 36° sin llegar nunca a presentar ni siquiera febrícula. o NECESIDAD 8: Higiene/piel (Riesgo de alteración).

Actualmente es dependiente para llevar a cabo las tareas de aseo, pero muy colaborador.
El paciente es aseado todos los días presentando a consecuencia de ello un buen aspecto general, tiene la piel limpia, suave y flexible sin indicios de UPP aunque no pueda moverse. Presenta un buen aspecto dental incluso el día del ingreso y pide siempre productos para mantener optima su higiene dental. Uñas, cabello y barba en buen estado, no presentaba indicios de dejadez. o NECESIDAD 9: Se-

guridad.

De acuerdo con esta necesidad, el paciente es conocedor de las normas de seguridad física sociales y del hospital, en concreto, de la unidad de críticos en la que se encuentra, manifestando estar de acuerdo en que sus familiares no permanezcan con él en la habitación por el riesgo que esto conlleva.
El paciente no presenta caídas en el último año, se encuentra consciente y orientado en todo momento con un buen estado cognitivo y sensorial. o NECESIDAD 10: Comunicación.

Comunicación verbal adecuada con un lenguaje claro y preciso, manteniendo una buena conversación cada vez que hablo con él, habla de acorde con el tema que tratamos, manifiesta sus emociones y preocupaciones, no ha estado desorientado en ningún momento. Lenguaje no verbal congruente con la situación. Buena relación con sus familiares. o NECESIDAD 11: Creencias y valores.

No manifiesta ser creyente, en sus propias palabras "ni lo es ni lo deja de ser". Este patrón no interfiere en la vida del paciente. o NECESIDAD 12: Realización. (Alterado)

Se siente inútil por no poder hacer las AVD él solo sin ayuda, los primeros días manifestaba preocupación por no recuperarse y tener que depender de otra persona para hacer las tareas ya que siempre ha sido muy independiente. Manifestaba estar deprimido por la situación que le estaba tocando vivir. o NECESIDAD 13: Ocio.

En su vida cotidiana, salía a caminar e iba al bar a jugar a las cartas con sus amigos. En la unidad, se entretiene con la televisión o haciendo los ejercicios de fisioterapia respiratoria, manifiesta "llevar una rutina de ejercicios" para no aburrirse. Otra forma de entretenimiento es hablando con el personal sanitario. o NECESIDAD 14: Aprender.

El paciente muestra interés respecto a la enfermedad, ha aprendido los valores de saturación de oxígeno óptimos y es receptivo a los consejos dados por el medico y enfermeras del hospital para su recuperación. Hace los ejercicios de fisioterapia respiratoria durante todo el día.

2 y 3º ETAPA- Diagnósticos y planificación de enfermería: o NECESIDAD 1: Respiración-circulación.

[00032] Patrón respiratorio ineficaz relacionado con neumonía bilateral manifes-

tado por disnea, tos, expectoración, saturación de oxígeno baja.

-Intervenciones de enfermería (NIC):

1. Administrar la medicación y los tratamientos necesarios para su recuperación.
2. Enseñar al paciente una buena postura para respirar y ejercicios de fisioterapia respiratoria.

-Objetivos (NOC):

1. Conseguir una saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria en rango y estable.
2. Conseguir una buena ventilación del paciente (inspiración y espiración). o NECESIDAD 2: Alimentarse.

[00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con disminución del aporte dietético.

-Intervenciones de enfermería (NIC):

1. Control de glucemias cada 4 horas, si son estables y dentro de rango, cada 6 horas.
2. Administrar tratamiento necesario para su control (insulina rápida, glucosa…)

-Objetivos (NOC):

1. Conseguir valores de glucemia estables y dentro de rango.
2. El paciente conoce los síntomas de una hipoglucemia e hiperglucemia. o NECESIDAD 12: Realización.

[00120] Baja autoestima situacional relacionado con incapacidad para realizar tareas cotidianas manifestado por sentimientos de inutilidad.

-Intervenciones de enfermería (NIC):

1. Apoyo emocional al paciente cuando nos manifieste ansiedad o tristeza, remarcando que es una situación puntual.
2. Animar al paciente a potenciar lo bueno que le está pasando (mejoras diarias, tiene una familia que lo quiere y lo cuida…).

-Objetivos (NOC):

1. El paciente aceptará las limitaciones propias de la enfermedad.

2. El paciente mostrará un estado de ánimo calmado y regular.

4º ETAPA- Ejecución del plan de cuidados:

En esta etapa se pone en marcha el plan de cuidados que con anterioridad hemos valorado del paciente. Es el momento de poner en práctica los cuidados planificados para mejorar la calidad de vida de la persona. Esto implica revalorar y evaluar la respuesta del paciente a los cuidados enfermeros. Lo que significa validar el plan de cuidados, documentar los cuidados proporcionados, suministrar los cuidados adecuados y recopilar datos mientras el plan se mantiene actualizado. Esto conlleva la toma de decisiones, la entrega de cuidados de calidad y la evaluación de estos, así como la modificación de los cuidados si es necesario (3,9).

5º ETAPA- Evaluación del plan de cuidados:

Implica analizar los resultados de los objetivos y metas establecidos. Esto significa evaluar si el paciente ha mejorado sus síntomas y condiciones de salud, si los cambios han sido significativos, si los objetivos se han alcanzado, si se han adoptado nuevos planes de tratamiento, si los pacientes o sus familiares han recibido información adecuada y qué recursos se han utilizado. También se incluye una reflexión crítica de la forma en que se han implementado los planes de cuidado de enfermería, si los planes se han adaptado a las necesidades cambiantes del paciente y si se han aplicado los recursos adecuados, ayudando con ello a los profesionales de enfermería a mejorar su práctica y ofrecer un cuidado de mayor calidad (3,9). o NECESIDAD 1: Respiración-circulación.

[00032] Patrón respiratorio ineficaz

Evaluación. Durante su estancia se ha podido observar como la saturación de oxígeno mejoro cuantitativamente, nuestro paciente al ingreso tenia una saturación entorno al 89% con BiPAP durante todo el día, y ahora su saturación ronda el 95% con gafas nasales con aporte de oxígeno de 2lpm, la disnea y la tos han desaparecido, haciendo con ello que el paciente pueda ir al baño y asearse solo (bajo supervisión), también anda por la habitación y manifiesta sentirse con mucha fuerza. Hace los ejercicios de fisioterapia respiratoria durante todo el día (con pausas) e incluso hace ejercicio de fisioterapia para los músculos por su cuenta.

El paciente conoce los signos de alerta, así como el funcionamiento de la maquina de oxigeno que se llevará a casa con gafas nasales a 2lpm permanentemente y también conoce los valores de la saturación de oxígeno y cuando debe acudir a

urgencias. o NECESIDAD 2: Alimentarse.

[00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable

Evaluación. Durante el ingreso el paciente no ha presentado descompensaciones del nivel de glucosa en ninguna ocasión, al principio llevaba aporte de suero glucosalino 1000ml/24h, pero actualmente no lleva aporte de suero ya que la ingesta ha mejorado, únicamente se le aporta la dosis de insulina según protocolo.

El paciente también es conocedor de los signos de alerta tanto de una hipoglucemia como de una hiperglucemia, no ha sido necesario enseñarle como regular su insulina, por tanto, no le hemos explicado cómo administrarse la insulina porque ya lo hacia en casa. o NECESIDAD 12: Realización.

[00120] Baja autoestima situacional

Evaluación. Al principio del ingreso el paciente siempre estaba deprimido y apático manifestando que se sentía inútil, con el paso de los días, aceptó la situación y manifestaba muy bien sus emociones. Actualmente el paciente se encuentra alegre, en parte, por su gran mejoría, ya que ya puede dar paseos, va al baño solo y únicamente le ayudamos a asearse, haciendo él gran parte del trabajo, lo que ha hecho a nuestro paciente a volverse a sentir con fuerza y vitalidad, y por ende, con más confianza en sí mismo.

## 4 Discusión-Conclusión

La figura de la enfermera es esencial en cualquier unidad hospitalaria, pero en las unidades como urgencias, observación de urgencias, cuidados intensivos (UCI) o críticos, su papel es especialmente importante debido a la gravedad de los pacientes que allí se encuentran, son las encargadas de los cuidados continuos siempre debe haber enfermeras presentes para monitorizar el estado del paciente, administrar medicamentos y proporcionar los cuidados necesarios en todo momento.
Además, deben tener conocimientos especializados y aprender a coordinarse como el equipo para asegurarse de que el paciente reciba la mejor atención posible.
También brindan apoyo emocional, ya que los pacientes están en un estado crítico y pueden sentirse asustados, confundidos y solos. Y, para terminar, deben saber prevenir complicaciones, tanto derivadas de la utilización de fármacos como las que timen que ver con infecciones, sobre todo nosocomiales, ya que los pacientes

se encuentran más vulnerables de lo habitual como consecuencia de su estado de salud.

# 5 Bibliografía

1. Advances in the causes and management of community acquired pneumonia in adults
| The BMJ [Internet]. [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.bmj.com/content/358/bmj.j2471.abstract
2. Evolving Understanding of the Causes of Pneumonia in Adults, With Special Attention to the Role of Pneumococcus | Clinical Infectious Diseases | Oxford Academic [Internet]. [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://academic.oup.com/cid/article/65/10/1736/4258965?login=false
3. Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas | VIU [Internet]. [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-deatencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas
4. Neumonía. Proceso de atención de enfermería. [Internet]. [citado 23 de febrero de
2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/neumonia-procesode-atencion-de-enfermeria/
5. ¿Qué es un BiPAP? [Internet]. [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,90237es
6. :: CIMA ::. Centro de información de medicamentos [Internet]. [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html
7. Chozas JMV. Listado de Diagnósticos NANDA ?Actualizado 2021-2023 [Internet].
Enfermería Actual. 2020 [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/
8. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el indice de
Barthel. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-37.
9. Formación DAE. ▹Ejecución y evaluación de un plan de cuidados [Internet]. Daeformacion. 2021 [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: https://daeformacion.com/ejecucion-y-evaluacion-pe/

## Capítulo 41

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS GRANDES QUEMADOS.

VANESSA ZUHEROS CORTECERO

INMACULADA GÁMEZ MURILLO

CELIA MARÍA ÁVILA GARCÍA

PILAR LÓPEZ-BREA RUIZ

## 1 Introducción

La llegada al servicio de urgencias hospitalario de un paciente gran quemado se incluye dentro de la clasificación de trauma grave, que conlleva, varias dificultades para su solución. Las quemaduras se consideran un gran problema de salud que abarcan tanto la población adulta como la infantil. Hoy en día, la incidencia de visitas a urgencias o ingresos por quemaduras, ha disminuido debido a la formación dada en atención primaria sobre la prevención de quemaduras. Normalmente, las quemaduras suelen ocurrir en los meses de verano, en las tareas domésticas, en el entorno laboral y en los accidentes de tráfico.

Según la OMS, la definición de quemadura es: "Una quemadura es una lesión de la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos".

Las quemaduras tienen una clasificación que depende de su profundidad, extensión y también del origen de la quemadura.

En cuanto a su profundidad y extensión pueden ser superficiales, de grosor parcial y las más graves y comunes en los grandes quemados, las de grosor completo. En estas últimas, la piel pierde la función de regeneración, por tanto, deben de ser otros los métodos para que la piel cicatrice y se regenere.

Según su origen tenemos, quemaduras eléctricas, quemaduras por radiación, quemaduras por humo e inhalación y por último, las causadas por congelación.

Por otro lado, centrándonos en el paciente gran quemado, se trata de un paciente que requiere unos cuidados críticos. Esto se debe a que, las múltiples quemaduras que presenta pueden dañar directa o indirectamente los órganos del organismo del paciente. El trabajo con este tipo de pacientes, puede afectar también al ámbito psicológico del personal sanitario.

El profesional de enfermería lleva a cabo una gran labor y una serie de cuidados fundamentales para tratar al paciente gran quemado. La enfermera realiza una visión holística del paciente, visualizando todos los cambios que puedan ocurrir en él.

Enfermería debe de llevar a cabo una serie de protocolos de actuación que se pondrán en marcha en el servicio de Urgencias, para así mejorar la calidad de vida del paciente, la organización entre el personal sanitario y una favorable mejoría de su estado de salud.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de enfermería ante los grandes quemados.

## 3 Metodología

Los artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión sistemática, han sido adquiridos, a partir, de una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Cochrane y Web of Science. La estrategia de búsqueda seleccionada ha sido el uso de palabras claves como, quemadura, gran quemado, paciente, enfermería, urgencias y actuación. También se han utilizado descriptores MesH y marcadores booleanos que han sido NOT y AND. El número de artículos obtenidos para llevar a cabo la revisión han sido 13.

# 4 Resultados

Según la revisión realizada existen distintos métodos para valorar la superficie corporal afectada por la quemadura en la llegada del paciente al Servicio de Urgencias Hospitalario. Los métodos son los siguientes:

La regla de los 9 de Wallace, es un método rápido para evaluar la superficie corporal afectada. En esta regla no se tienen en cuenta las quemaduras de primer grado. Los porcentajes de cada zona corporal son los siguientes:
-Pierna 18%, 9% zona anterior y 9% zona posterior.
-Brazo 9%, 4,5% zona anterior y 4,5% zona posterior.
-Pecho 9%.
-Cabeza 8%.
-Abdomen 9%.
-Cuello 1%.
-Genitales 1%.
-Espalda 18%, 9% zona anterior y 9% zona posterior.

Por otro lado, existe otra regla concretamente utilizada en la población infantil la regla regla de Lund-Browder. Esta regla se centra dándole mayor importancia a la zona craneal que a las extremidades inferiores.

Y por último, la regla de la palma de la mano. Es utilizada en quemaduras de disminuida extensión, para poder lograr una valoración eficaz y rápida.

Una vez revisados los protocolos de actuación ante el gran quemado obtenidos en la búsqueda bibliográfica, la principal actuación de enfermería ante la llegada de un paciente valorado como gran quemado es realizar la valoración ABC. Por último, nos centraremos en el tratamiento local de las quemaduras.
En primer lugar, se revisará la vía aérea del paciente, comprobando que respira adecuadamente. En caso contrario, se debe ventilar de la forma más correcta en este caso. Vigilando también la posibilidad de haber inhalado humo durante el accidente.

En segundo lugar, se ha de administrar oxigenoterapia en máxima concentraciones. Valorando también la urgencia de intubación, traqueotomía o ventilación mecánica del paciente.

En tercer lugar, el paciente será monitorizado para poder controlar en todo momento sus constantes vitales. Se extrae una muestra sanguínea para analizar y poder valorar el hematocrito, proteínas, electrolitos, etc.

Otra de las funciones fundamentales de enfermería es la reanimación hídrica. Debiendo de saber que en el paciente quemado solo se puede administrar Ringer Lactato. La cantidad de Ringer Lactato a administrar será valorada por el porcentaje de SCQ realizada a la llegada del paciente al Servicio de Urgencias. El paciente será sondado para poder controlar la diuresis.

En cuanto al cuidado de las heridas, será la impregnación de estas con gasas húmedas en solución salina. Esto será favorable para frenar la acción del calor en la piel e inhibir la liberación de mediadores tisulares.

En los artículos revisados los criterios de inclusión para el ingreso del paciente en la unidad de quemados es la siguiente:
-Quemaduras químicas y eléctricas.
-Quemaduras en zonas complejas.
-Quemaduras asociadas a traumatismos y complicaciones respiratorias.
-Quemaduras de segundo o tercer grado con un porcentaje mayor de 20% del cuerpo en cualquier edad.
-Quemaduras de segundo o tercer grado en un porcentaje mayor de 10% del cuerpo en niños y en adultos mayores a 50 años.

## 5 Discusión-Conclusión

Para concluir, los pacientes quemados son pacientes que requieren unos cuidados especiales e individualizados. Por lo tanto, el personal de enfermería que va a tratar con este tipo de pacientes deberá de recibir una formación sobre este tema. Ya que, existen unidades especializadas solo para dar cuidados únicamente exclusivos a estos pacientes.

Si el profesional de enfermería se encuentra bien formado, podrá ofrecer unos cuidados de calidad hacia el paciente que ayudará en la disminución de tiempo de mejoría y a nivel psicológico.

En la revisión sistemática realizada prevalece que a la llegada del paciente a urgencias lo primero en tratar es el control hemodinámico del paciente y la herida realizada por la quemadura se trata de forma secundaria, una vez que el paciente se encuentra estable y fuera de peligro.
Otro factor a tener en cuenta y de gran importancia es el trabajo en equipo para lograr una rápida mejoría y evolución del paciente.

# 6 Bibliografía

1. Dr. Cristián Arriagada i. Manejo multidisciplinario del gran quemado. Chile [Rev. MED. CLIN. CONDES -2016; 27 (1) 35- 40].
2. Pérez MA, Martinez P, Pérez L, Cañadas F. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2011.
3. Gómez Morell PA, Palao Doménech R, Vernetta Rubio O. Quemados. Valoración y criterios de actuación. Barcelona; 2010.
4. Píriz- Campos RM, Martín Espinosa NM. Cuidados de enfermería locales en las quemaduras. Rev ROL Enferm 2014; 37 (2):80-85.
5. Ministerio de salud. Guía clínica. Manejo del paciente gran quemado. Santiago: minsal, 2016.
6. Pérez Boluda, M., Lara Montenegro, J., Ibañez Mata, J., Cagigal González, L., León Llerena, CM. Guía de Actuación ante el Paciente Quemado. Hospital R. U Carlos Haya. Málaga.: Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería, 2005.
7. Sánchez Molina VV, Ojeda Barranco C, Martín Muñoz F, De la Morena Domínguez FJ. Protocolo de actuación y manejo del paciente quemado en el Servicio de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga): s.n., 2006.
8. Alonso Muñoz, L., Diego Haro, R., Perancho Ramirez, M. Actuación de enfermería en urgencias ante un paciente gran quemado. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).
9. Culleiton A.L., DNP, RN, CNE, Simko L.M. Cuidados en los pacientes quemados. Nursing 2014; 31 (3): 2-7.
10. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras. 2018.
11. Píriz- Campos, R. M., Martín Espinosa, N.M., Postigo Mota, S. Guía terapéutica en el paciente quemado crítico. Rev ROL Enferm. 2014; 37 (2): 100- 112.
12. Freddi O., Kestens G. Quemaduras graves. En: Lovesio C. Medicina Intensiva. Vol 5. Buenos Aires: El Ateneo; 2001; 800- 813.
13. Esqueda-Dorantes Y. Manejo del dolor en el paciente quemado. Rev Mex Anest. 2015.

## Capítulo 42

# ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON INTOXICACIONES CON ALIMENTOS

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑAVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

## 1 Introducción

La intoxicación alimentaria hace referencia a la intoxicación producida por la ingesta, accidental o voluntaria, de cualquier producto alimenticio que contiene aditivos o sustancias tóxicas que son los responsables de dicha situación, haciendo hincapié en el botulismo cuyo agente causal es una bacteria denominada Clostridium Botulinum. Esta enfermedad es de declaración obligatoria, puede aparecer en cualquier alimento de origen vegetal, animal, especialmente en las conservas caseras, donde se aglutina, prácticamente, la totalidad de los brotes. Cabe resaltar que cualquier persona puede ser objeto de una intoxicación alimentaria, aunque algunos grupos, por su vulnerabilidad, les hace tener mayor probabilidad de sufrirlas y en algunos casos, con secuelas graves. En estos grupos cabe

destacar a los niños menores de 5 años, los mayores de 65 años, las mujeres embarazadas y las personas inmunodeprimidas. En cuanto a los síntomas generales de una intoxicación por alimentos, se puede destacar:
• Dolor de estómago fuerte y fiebre alta.
• Diarreas y en casos graves con la presencia de sangre.
• Vómitos frecuentes que pueden desencadenar una deshidratación importante.
En cuanto a los alimentos más asociados a los casos de intoxicación alimentaria, se destacan los alimentos crudos de origen animal, que son los de mayor probabilidad de estar contaminados, sobre todo, las carnes y aves crudas o poco cocinadas, los huevos crudos o con insuficiente tiempo de cocción, así como la leche no pasteurizada o los mariscos crudos, con respecto a las frutas, se pueden contaminar en el campo o bien durante las cadenas de su procesamiento. Finalmente, cabe destacar que una buena vigilancia epidemiológica es la mejor manera de prevenir estas intoxicaciones y una inadecuada higiene alimentaria nos tiene que hacer sospechar como causa importante de los brotes de intoxicación alimentaria.

## 2 Objetivos

1- Destacar los síntomas más importantes en una intoxicación alimentaria.
2- Resaltar los cuidados de enfermería en el manejo de las intoxicaciones.
3- Exponer las principales medidas de prevención de las intoxicaciones alimentarias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las intoxicaciones alimentarias se producen por la ingesta de alimentos o agua contaminados con agentes tóxicos que pueden ser microbiano o de naturaleza química y a su vez pueden provocar la intoxicación tanto a nivel individual como a un grupo de personas y la contaminación puede ser debida a una deficiencia

en los procesos de elaboración, conservación y distribución de los alimentos. Los casos más frecuentes en la contaminación se dan en los productos de preparación casera que se realizan en condiciones inadecuadas y cuya manipulación no está exenta de la presencia de gérmenes. Según fuentes consultadas, la OMS considera que entre el 70% y el 80% de las enfermedades diarreicas se debe a la ingesta de agua o alimentos contaminados. Con respecto a los síntomas de una intoxicación alimentaria se destacan dos grupos.

-Los más frecuentes consisten en dolor abdominal y calambres, vómitos, diarreas y en algunos casos con presencia de sangre y fiebre con dolor de cabeza.

Dentro de los menos frecuentes, se destacan, visión doble y borrosa, perdida de movimiento en las extremidades, debilidad y hormigueo. En cuanto al agente tóxico causante de las intoxicaciones pueden ser, bacterias, virus, parásitos o toxina de distintos orígenes. Los alimentos pueden ser contaminados en cualquier lugar debido a los siguientes factores.

Lavado incorrecto de manos lo que provoca que los restos contaminantes pasan a los alimentos durante su preparación o ingesta.

Limpieza insuficiente de la zona de cocinar y donde se come, utensilios de cocina, tabla de cortar, etc.

Almacenamiento indebido de los alimentos a temperatura ambiente durante mucho tiempo que termina por contaminarse.

Como se ha mencionado al comienzo del trabajo, cualquier persona puede sufrir una intoxicación alimentaria, habiendo determinados grupos que resultan más sensible a esta afectación que son los niños, la población anciana y las personas inmunodeprimidas, que una intoxicación puede provocar unas complicaciones serias. Dentro de las más frecuentes, se destaca la deshidratación, que se debe a una gran pérdida de agua y sales minerales a causa de los vómitos y diarrea. El abordaje de estas situaciones pone en valor la importancia de los cuidados de enfermería que consisten en,

Asegurar la permeabilidad aérea.

Verificar una buena ventilación.

Controlar las funciones vitales

Valor signos de hemorragia: hipotensión, frialdad y palidez.

Provocar el vómito en los casos indicados y el uso del carbón activado, teniendo especial cuidado con el riesgo de bronco aspiración.

Canalizar una vía periférica para hidratar al paciente y la administración de los medicamentos prescritos. Finalmente, cabe mencionar las siguientes recomendaciones para evitar las posibles contaminaciones:

Lavado de manos, lavado de frutas y verduras, evitar comer carne y pescado

crudos o poco cocinados, refrigerar los alimentos en condiciones adecuadas y desechar los alimentos caducados y ante la mínima duda sobre su buen estado.

## 5 Discusión-Conclusión

La preparación y manipulación de los alimentos son factores fundamentales en la desencadenación de una intoxicación alimentaria, con lo cual, la actitud de los consumidores adquiere una suma importancia en la prevención de la contaminación de los mismos. La experiencia profesional y la preparación adecuada del personal de enfermería les permite realizar unas actuaciones y procedimientos para proporcionar unos cuidados eficientes y de calidad a los pacientes. Dentro de las actuaciones que se contemplan ante un caso de intoxicación alimentaria y sobre todo, cuando afecta a un número importante de personas, está la inspección del lugar donde se sospecha que se ha producido la intoxicación y es realizado por las autoridades competentes Gracias a ese trabajo se pretende mejorar los conocimientos de los pacientes a través de la educación sanitaria. Finalmente, destacar que el principal factor que interviene en la prevención de la contaminación es la higiene alimentaria y este sistema de control es aplicable a los procesos relacionados con los alimentos en cuanto a su preparación, manipulación, venta y suministro al consumidor.

## 6 Bibliografía

1. Datos clave sobre las intoxicaciones alimentarias, www.cdc.gov/foodsafety, 2022.
2. M.A. Pinillos, J. Gómez, J. Elizalde, A. Dueñas, Intoxicación por alimentos, plantas y setas, ANALES Sis San Navarra, 2003; 26 (Supl. 1): 243-263

## Capítulo 43

# ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑAVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

## 1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que, por ello, conlleva a la muerte en un tiempo variable, en general inferior a 6 meses, con evolución progresiva y que provoca síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes que provocan sufrimiento físico, psicológico, tanto en el paciente como en la familia.

Es una situación compleja, donde el paciente necesita un soporte asistencial de calidad, priorizando sobre todo el cuidado individualizado y adaptado a las necesidades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

Anualmente, 40 millones de personas, necesitan de cuidados paliativos y tan solo un 14% la reciben. En las sociedades modernas donde la esperanza de vida aumenta, existe la necesidad de proponer políticas sanitarias universales, independientes de la situación económica y social del paciente, así como establecer estrategias para el acceso a dicha cobertura en aquellos países menos desarrollados donde escasean los recursos más básicos, tanto personal adecuado, como medicamentos de tipo analgésicos y opiáceos.

Asegurar la disponibilidad de dichos fármacos es fundamental, pues el síntoma más frecuente descrito en el paciente paliativo es el dolor y según la OMS, son esenciales.

Dicha organización define los Cuidados Paliativos como: "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

Se ofrece tanto para enfermedades oncológicas, como en aquellas de tipo crónico, avanzadas o irreversibles.

En los últimos estudios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), colaboradora del Atlas de los Cuidados en Europa 2019, se concluye que en Europa, alrededor de 4,5 millones de personas, mueren con un alto grado de sufrimiento y en España, 228.000 fallecen al año con necesidad de cuidados paliativos y solo 80.000 los reciben. Es una proporción muy insuficiente, sobre todo cuando se estima que el 50% de las personas, los van a necesitar.

Actualmente, gracias a la Atención Primaria en los Centros de Salud, se conforman los equipos humanos asistenciales en las Unidades de Atención de Cuidados Paliativos, donde se establece dicha atención de forma domiciliaria en la práctica clínica. También, y puesto que cada vez son más las personas que fallecen en el ámbito hospitalario, existirán en Atención Especializada, dichas Unidades compuestas por profesionales sanitarios que ofrecen atención multidisciplinar, mediante una amplia cartera de servicios de asistencia de calidad, seguridad y eficiencia. Todo ello, amparado por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

La AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), ofrece recomendaciones para el manejo terapéutico al paciente terminal, a través de un tratamiento combinado de opiáceos, benzodiacepinas y neurolépticos, en los que se necesite una sedación terminal y llama a la responsabilidad del profesional sanitario para ajustar dichos tratamientos a la situación real y condiciones del paciente.

## 2 Objetivos

Exponer la utilidad y manejo de la vía subcutánea e infusores para administración de tratamiento en cuidados paliativos a nivel domiciliario.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.
Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.
Así como recomendaciones de Organismos competentes: OMS /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/.
La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

## 4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas, vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).
Es la vía de elección, pues mejora la eficacia de los tratamientos:
- Disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- Es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas: inconsciencia, confusión, agonía, en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- Se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- Es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- Alto grado de seguridad.

Nos encontraremos con un efecto algo más lento en su inicio que la vía endovenosa, pero muy parecido al de la vía intramuscular, utilizando dosis similares a las que administramos por vía oral, con la excepción de la Morfina y Haloperidol, que será la mitad de dicha dosis.
Se realizará acceso y colocación de vía subcutánea en las: Áreas infraclaviculares, en su 1/2 externa./ Región externa del brazo en Deltoides/ Abdomen, evitando la

línea media/ Muslos, aunque es menos usada. Hay que evitar zonas de pliegues cutáneos, mamas y zonas de piel de difícil acceso.
Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor:
De administración continua, para un efecto constante a través de:
- Bombas electrónicas portátiles de infusión continua, donde podemos regular el ritmo de infusión y como desventaja, el poder cometer errores en relación con su programación y manejo.
- De administración continua a través de Infusores Elastoméricos con carcasa plástica que contiene en su interior un reservorio, que contiene la medicación a infundir con forma de globo o balón elástico, que se va progresivamente liberando por la acción de la retracción mecánica del mismo y regulado el ritmo por medio de una válvula, que será constante y no modificable.
- También se puede utilizar el acceso subcutáneo para administración Intermitente varias veces al día, con mucho menor uso, ya que no alcanza niveles plasmáticos tan estables.
Es fundamental que el paciente si es viable y su familia conozcan la técnica y la medicación a administrar.
Canalizaremos un acceso subcutáneo con palomilla de 23 o 25 G, desinfectando la piel previamente con movimientos circulares y conectaremos la palomilla al sistema de infusión elegido, purgando antes el sistema. Luego la fijaremos con una inclinación de 30-45º a la piel con un apósito transparente que permita visualizar es estado de la zona de punción.
También podemos utilizarla como administración en bolo cuando se precise la administración de fármacos de forma puntual o periódica.
Otra forma es infundir ambas a la vez, con una palomilla para el infusor y otra para la medicación en bolo.
Las únicas contraindicaciones para la administración de fármacos por vía subcutánea son:
Edema generalizado, anasarca/ Shock/ Coagulopatías graves.
La técnica para preparar la bomba de Infusión Elástomérica será:se carga en la jeringa de rosca Luerlok la medicación a administrar, completando con suero salino hasta 50 ml completando en el infusor de 24 H y hasta 100 ml en el de 48H y una vez cargada, se rellena el infusor. Esto se puede realizar en el propio domicilio del paciente o en el Centro de Salud. A continuación y tras purgar el sistema, lo conectaremos a la palomilla y si los fármacos son fotosensibles, lo protegeremos de la luz bajo almohada.
El recambio de inserción y la palomilla se cambiarán cada 5-7 días y el infusor, si no es desechable, se puede recargar 2-3 veces.

Los fármacos más frecuentes que se administren serán: Morfina, Hioscina, Haloperidol, Midazolam, Metroclopamida, Furosemida, Ketorolaco, Dexametasona, etc.
El uso de este tipo de dispositivos resulta fundamental por la sencillez de su manejo en el domicilio. La técnica es también sencilla para sus cuidadores.

## 5 Discusión-Conclusión

En la práctica clínica, en relación con la Atención al paciente terminal, se ha de aplicar el método científico a fin de adaptar los cuidados a la realidad y condiciones del paciente, su familia, entorno y recursos, estableciendo de ese modo un plan de cuidados integral donde se palíen los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio, siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.
Resulta eficaz que las intervenciones sean realistas, evitando el encarnizamiento terapéutico en el paciente terminal y el uso de actuaciones innecesarias. Es por eso que se ha llegado a la conclusión de extender en la Atención en los Cuidados. Paliativos el uso de la vía subcutánea para la administración de los tratamientos en los que el fin a buscar sea el control de los síntomas que repercutan en el confort y bienestar del paciente, siendo el control del dolor un objetivo prioritario.

## 6 Bibliografía

1. Tizón Bouza E. y Vazquez Torrado R. Enfermería en Cuidados Paliativos. Enfermería Global.
2. Conserjería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias. 2020Sc.
3. Scielo. Roberto Levin , O.M.S. Cuidados Paliativos: principios generales. Guía para el Manejo Clínico. 2008.
4. Taller de Infusores Elastoméricos. Hospital Central de Asturias. Unidad de Cuidados Oncológicos. 2019.

## Capítulo 44

# ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA Y SEGUIMIENTO DE ENFERMEDAD CELÍACA

CELIA ROLANDO CALLE

LAURA REDONDO CULEBRAS

MARTA CAÑAVERAS VALENCIA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

MIRIAM FERNÁNDEZ ROLDÁN

## 1 Introducción

Enfermedad celíaca (EC). Se trata de un síndrome de malabsorción crónica, consistente en la intolerancia a la proteína del gluten en personas con predisposición genética. Hay una atrofia pronunciada de las vellosidades del intestino delgado, lo que conduce a una violación de la utilización de nutrientes a nivel del tracto gastrointestinal. La enfermedad celíaca es una de las enfermedades crónicas más comunes y frecuentes en Europa. Cada día hay más y más información sobre esta enfermedad. Esto es de gran ayuda para poder brindar una dieta completa y adecuada a las personas que padecen esta enfermedad. La incidencia mundial se estima en 1 caso por cada 100-150 nacidos vivos. En el caso de España, la prevalencia oscila entre 1/71 en población infantil a 1/357 de la población adulta, se estima

que pueden verse afectadas unas 500.000 personas, aunque el 70% de ellas no lo saben. La enfermedad celíaca se ha considerado durante mucho tiempo una enfermedad rara en los niños. La forma clásica de enfermedad celíaca se caracteriza por el inicio de la enfermedad entre los 4 y los 24 años, cuando se introducen en la dieta alimentos sólidos que contienen gluten. La eliminación completa del gluten de la dieta conduce a la desaparición de todos los síntomas clínicos y cambios funcionales y la normalización de la mucosa intestinal. Algunos estudios muestran que el 90% de los casos de enfermedad celíaca quedan sin diagnosticar y se necesita más conocimiento para reconocer y diagnosticar esta enfermedad de manera temprana.

## 2 Objetivos

Exponer e indicar la importancia de los cuidados de enfermería pediátrica en el seguimiento de la celiaquía infantil en los centros sanitarios.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El método utilizado para el diagnóstico final es la prueba serológica. El anticuerpo antiendomisio (EMA) y el anticuerpo transglunasa tisular (tTGA) son dos pruebas que se usan actualmente para diagnosticar la EC y han reemplazado a los anticuerpos antigliadina menos efectivos que se usaban anteriormente. EMA tiene una especificidad del 99% con sensibilidad variable. Es importante identificar la necesidad de reconocer los signos y síntomas de la enfermedad celíaca en niños para el diagnóstico precoz en un entorno sanitario. Todo esto tiene en cuenta el hecho de que la enfermera monitorea la tolerancia del niño a los diferentes alimentos. Sin mencionar, lo importante que es para todas las enfermeras tener un buen conocimiento de la enfermedad celíaca, independientemente del grupo al que se destine su trabajo. Analizar y reconocer los síntomas o signos

de cualquier persona, independientemente de su edad. Lo primero que hay que recordar es que los niños ven y entienden el mundo a su manera. No son adultos en miniatura, por lo que su imagen y las personas con las que se comunican deben ser diferentes. En este punto, la enfermera cobra importancia, porque los niños o adolescentes muchas veces asocian al médico con una experiencia negativa (diagnóstico de enfermedad) y sienten miedo al ver el delantal. Miran de cerca a la enfermera, se comportan con más naturalidad con ella y le explican hechos de su vida diaria que no le dirían al médico. Además, debido a que están en contacto con los niños y sus padres con mucha más frecuencia que los médicos, pueden controlar mejor el curso de la enfermedad (en busca de exacerbaciones) y los síntomas. Comienza con estos espacios prediseñados. Las enfermeras pediátricas pueden identificar los signos y síntomas de la EC y los pacientes de alto riesgo.
Estos profesionales son fundamentales en la identificación de signos y síntomas en el grupo de edad pediátrica, seguido de un diagnóstico precoz y la adherencia a una dieta sin gluten. Primero, explican por qué es importante seguir comiendo normalmente hasta que se diagnostique la EC. Su trabajo es entonces crucial para garantizar el cumplimiento estricto de la dieta sin gluten, ya que la exposición accidental puede provocar la recurrencia de los síntomas y el dolor abdominal, así como un mayor daño en la mucosa y malabsorción de nutrientes. La dieta sin gluten se basa en dos principios fundamentales: eliminar todos los alimentos que contengan trigo, trigo, centeno y avena, y eliminar los productos derivados de los cereales integrales de esta taza. Durante el seguimiento del paciente, además de realizar pruebas y promover el cumplimiento de la dieta, pueden ayudar a los padres a ponerse en contacto con grupos locales de gluten o grupos nacionales como "FACE", que pueden proporcionar más información (recetas sin gluten, información sobre contaminación cruzada) y ayuda. Para hacer frente a la enfermedad del niño. También comparte páginas donde puedes obtener información sobre recetas para celíacos, por ejemplo, www.extraterrestreceliaco.blogspot.com.es, www.celiaquitos.com,
etc. Una cosa a tener en cuenta es que nuestro conocimiento de esta enfermedad aumenta día a día. También ha aumentado el mercado de productos aptos para celíacos. Provoca un aumento de la oferta. Como resultado, los productos se vuelven más baratos. Además de productos indicando si contienen gluten o no. Lo que facilita el día a día de las familias celíacas, en este caso, son los niños.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, es importante recordar que su hijo debe participar en la evaluación nutricional lo antes posible y comprender la importancia de esto. Hoy en día, para estas edades, es muy útil y familiar el uso de las nuevas tecnologías. Por tanto, el uso del sitio web y aplicación: www.extraterrestreceliaco.blogspot.com.
Ser. Su contenido humorístico anima a las personas a ver su intolerancia no como una enfermedad trágica, sino como una forma de vida diferente www.celiaquitos.com. En la parte superior de esta página, encontrará listados, reseñas y ofertas con un solo clic. También puede mantenerse actualizado con nuevas aplicaciones y servicios para el beneficio de toda la comunidad. SinGlu10(App) es una de las aplicaciones más populares para personas con celulitis, probablemente porque fue una de las primeras en salir al mercado. Su innovador sistema permite reconocer los productos sin gluten simplemente escaneando un código de barras.

## 6 Bibliografía

1. Prevalence of Celiac Disease in At-Risk and Not-At-Risk Groups in the United States.
2. Arch Intern Med, 163 (2003), pp. 286-292 A. Rubio–Tapia, C. Van Dyke, B. Lahr, et al. Predictors of Family Risk for Celiac Disease: A Population-Based Study.
3. Clin Gastroenterol Hepatol, 6 (2008), pp. 983-987. P. Green, S. Stavropoulos, S. Panagi, et al.
4. Characteristics of adult celiac disease in the USA: results of a national survey. Am J Gastroenterol, 96 (2001), pp. 126-

## Capítulo 45

# MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

MARIA GARCIA GONZALEZ

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

MONICA VIDAL ARENAS

## 1 Introducción

La hemorragia postparto es la pérdida de sangre de 500 ml de sangre en un parto vaginal o 1000 ml de sangre en un parto por cesárea, es además una emergencia obstétrica que causa 150.000 muertes al año. Es considerada una de las 5 causas de mortalidad materna a nivel mundial, que está presente en el 5-15% de las gestantes. (1) La HPP se clasifica en temprana si se presenta durante las primeras 24 horas, generalmente en las dos primeras horas, y tardía si ocurre entre las 24 y las 6 semanas del posparto. (2)

Existen una serie de factores de riesgo que facilitan la previsión del personal que atiende un parto o cesárea para poder anticiparse a una posible hemorragia postparto. Estos factores de riesgo se dividen en ante parto o intraparto: (1,2)

Los factores de riesgo ante parto son (1,2):

- Trastornos de la tensión arterial elevada
- Feto muerto ante parto
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa

• Cicatriz uterina previa
Los factores de riesgo intraparto son:
• Retención de placenta de más de 30 minutos
• Placenta acreta
• Parto prolongado de más de 12 horas
• Parto precipitado de menos de 3 horas
• Parto instrumental
• Fiebre intraparto
• Expulsivo prolongado

## 2 Objetivos

-Explicar qué es la hemorragia postparto.
-Conocer los factores de riesgo para anticiparte a una posible hemorragia postparto.
-Conocer el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hemorragia postparto.

## 3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Google Académico. Se han seleccionado los artículos de interés desde 2022 y se ha realizado una síntesis de la información de interés.
Las palabras claves utilizadas han sido hemorragia postparto y manejo.

## 4 Resultados

El verdadero problema de la hemorragia postparto es la cascada que se activa en el cuerpo humano una vez que se ha producido una gran pérdida de sangre, debido a la HPP se genera hipoperfusión tisular, lo que ocasiona la pérdida de oxígeno a nivel celular; esto desencadena un estado de shock, caracterizado por trastornos metabólicos intracelulares que culminan en falla orgánica y muerte. Como mecanismo compensador se liberan catecolaminas, por lo cual se activa el sistema nervioso simpático, que a su vez aumenta la frecuencia y contractilidad cardiaca, resistencia vascular, sistémica y pulmonar; por consiguiente, disminuye el flujo sanguíneo hacía riñón, bazo, piel y útero, conservando la perfusión cardiaca, cerebral y suprarrenal. Cuando la pérdida de volumen excede el 25% los

mecanismos compensadores fallan, en este momento se genera hipoxia de tejido y en consecuencia acidosis metabólica.(2)
Las causas de la hemorragia postparto se clasifican por la regla de las 4 T, que son: Trauma, Tono, Trombina y Tejido. En general, la mayoría de las hemorragias postparto se debe a la T de Tono, siendo la causa la atonía uterina(2)Por tanto, nos vamos a centrar a partir de ahora en la solución de la atonía uterina. Aunque, por ejemplo, la solución de la T de Trauma sería suturar un posible desgarro que produce un sangrado abundante. (2)
HEMORRAGIA POSTPARTO DEBIDA A UNA ATONÍA UTERINA:
Se ha demostrado que llevando a cabo una serie de acciones podemos reducir el riesgo de que se produzca una hemorragia postparto si es que tiene algún factor de riesgo. Estas acciones son:(1)
- Administrar 10 U de oxitocina en 500 ml de SSF a pasar a 180 ml/h después de la expulsión del feto hasta el alumbramiento. Si no se dispone de acceso venoso, administrar 10 U por vía intramuscular.
- En una cesárea serán 20 U de oxitocina en 500 ml de SSF a 180 ml/h.
- Además, en mujeres de riesgo se añadirán 600 mcg de Misoprostol vía rectal.

Todas estas acciones deben estar seguidas de masaje uterino vigoroso, tracción de cordón y contra-tracción uterina suprapúbica. (1)
FÁRMACOS QUE INTERVIENEN EN LA CONTRACCIÓN UTERINA(1)
OXITOCINA: tiene su pico de acción a los 2-4 minutos. Sus efectos adversos pueden ser hipotensión, náuseas, vómitos y taquicardia. Dosis máxima 60 U al día. (3)
METILERGOMETRINA: tiene su efecto a los 2-5 minutos y su efecto máximo a los 5 minutos. Sus efectos adversos son hipertensión arterial, náuseas, vasoespasmo periférico. Este fármaco está contraindicado en preeclampsia, enfermedad renal, enfermedad vascular y enfermedad hepática.
MISOPROSTOL: su dosis máxima son 5 comprimidos (1000 mcg) náuseas, vómitos, hipertermia, temblores y diarrea.
DINOPROSTONA: La dosis máxima es de 8 ampollas (2 mg). Los principales efectos secundarios de ambos medicamentos son temblor, fiebre, hipertermia y taquicardia. Están contraindicados en caso de asma, broncoconstricción, hipoxemia e hipertensión arterial.
MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA MANEJO DE ATONÍA UTERINA:
Este tipo de medidas se utilizan cuando las medidas farmacológicas no han tenido los efectos deseados. En todos los artículos tenidos en cuenta en esta revisión se menciona el balón de Bakri, que es un dispositivo de silicona que sirve para realizar el taponamiento uterino, se llena con solución salina hasta producir un

taponamiento suficiente. El balón consta de dos luces que no servirá para cuantificar el sangrado uterino si sigue activo y ver si este método está siendo eficaz. (1–3)

En el momento que ya diagnosticamos una hemorragia postparto, los pasos a seguir deberían ser:(1)

1. Limpieza de periné y vagina
2. Revisión de canal de parto
3. Masaje uterino
4. Compresión bimanual

Deberíamos tener en cuenta disponer de lo siguiente: (1)

- 2 vías venosas periféricas
- oxigenoterapia
- Sondaje vesical, que va a favorecer la contracción uterina.
- Realizar hemograma, coagulación, pruebas cruzadas y gasometría
- Reponer volemia con coloides y cristaloides, pero sin sobrehidratar

En el momento que nos encontramos ante la situación de SHOCK HIPOVOLÉMICO, en primer lugar, debemos asegurar la vía aérea mediante la intubación endotraqueal, asegurar los accesos venosos y la perfusión de 1-2 litros durante la primera hora, siempre teniendo en cuenta los signos vitales. Se valorará la administración de fármacos vasopresores como la Desmopresina y el bicarbonato de sodio para contrarrestar la acidosis láctica. Todo esto además de seguir intentando que se contraiga el útero con los uterotónicos mencionados anteriormente. (3)

## 5 Discusión-Conclusión

La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica que puede ocasionar graves problemas de salud, incluso provocar la muerte de la paciente, por ello es de vital importancia que todo el personal que esté en contacto con este tipo de situaciones sepa a qué puede enfrentarse y como manejar este tipo de emergencias.

Las actuaciones de primer nivel serían las medidas farmacológicas, en las que se incluyen todos los fármacos uterotónicos, aunque los más empleados por su rapidez de acción son la oxitocina y la metilergometrina. Si estas medidas no consiguen el efecto esperado, la siguiente opción sería el balón de Bakri, que se espera que detenga el sangrado por compresión. Después se podrían llegar a emplear las ligaduras vasculares, puntos de B-Lynch, la embolización arterial o como última opción la histerectomía.

Como escenario más grave posible sería estar ante un shock hipovolémico, ante lo cual debemos actuar, además de para detener la hemorragia, también para intentar compensar los mecanismos que emplea el cuerpo para hacer frente a la perdida hemática como la acidosis láctica.

## 6 Bibliografía

1. Erdociaín Herrero E, Gracia Ramiro P, Fau García R, Gracia Lou S, Bitria Archilla M, Amor Rosillo MP. Protocolo para el manejo de la hemorragia postparto. Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol 4, No 3, 2023 [Internet].;4(3):202. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908679&info=resumen&idioma=ENG
2. Castiblanco-Montañez Ruth Alexandra CVCMMBLVPGTVSLAJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. 2022 Mar 15; Available from: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2075/2409
3. Coello Llerena MF, Vásquez Morán BA, Díaz Soledispa MM, Zurita Desiderio MJ. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto. Dominio de las Ciencias, ISSN-e 2477-8818, Vol 8, No Extra 3, 2022 (Ejemplar dedicado a: Agosto Especial 2022), págs 66-77 [Internet]. 2022; 8(3):66–77. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637946&info=resumen&idioma=SPA

## Capítulo 46

# COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE PSICOTRÓPICOS

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

## 1 Introducción

Los psicotrópicos son un grupo de sustancias químicas que tienen un impacto significativo en la actividad mental y emocional de una persona al actuar sobre el sistema nervioso central. Estas sustancias pueden ser naturales o sintéticas y se utilizan con diversos fines médicos y terapéuticos, pero también tienen el potencial de abuso y dependencia.

Los psicotrópicos se dividen en varias categorías, cada una con efectos específicos en el cerebro y el comportamiento. Algunas de las categorías más comunes incluyen los siguientes:

Depresores del sistema nervioso central (SNC): Estos psicotrópicos reducen la actividad del SNC, lo que resulta en efectos sedantes y relajantes. Ejemplos incluyen los tranquilizantes y los sedantes utilizados para tratar la ansiedad y el insomnio.

Estimulantes del SNC: Estas sustancias aumentan la actividad cerebral y la energía. Los ejemplos incluyen la cafeína y los medicamentos utilizados para tratar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Alucinógenos: Estos psicotrópicos alteran la percepción, el pensamiento y las emociones, a menudo causando alucinaciones. El LSD y la psilocibina son ejemplos de alucinógenos.

Opioides: Los opioides se utilizan para aliviar el dolor, pero también pueden causar efectos eufóricos y son altamente adictivos. Ejemplos incluyen la morfina y la oxicodona.

Antipsicóticos: Estos medicamentos se utilizan para tratar trastornos psicóticos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y tienen un impacto en la percepción y el pensamiento.

Debido a su potencial para el abuso y la adicción, muchos países regulan estrictamente la producción, la prescripción y la dispensación de psicotrópicos. Se requiere una prescripción médica válida para su uso, y los profesionales de la salud deben seguir cuidadosamente las pautas y regulaciones para garantizar su uso seguro y terapéutico.

Los psicotrópicos son sustancias que afectan la actividad mental y emocional al actuar sobre el sistema nervioso central. Se utilizan en medicina para diversos fines, pero también pueden tener efectos perjudiciales cuando se usan incorrectamente o abusan de ellos, por lo que su regulación y uso adecuado son fundamentales.

## 2 Objetivos

- Informar sobre el cometido del enfermero en la administración de psicotrópicos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 psicotrópicos son cruciales para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento de los pacientes que requieren estos medicamentos. A continuación, se describen estas funciones en detalle:

Evaluación del paciente: Antes de administrar psicotrópicos, el enfermero debe realizar una evaluación completa del paciente. Esto implica revisar el historial médico, la historia de medicación previa, las alergias y cualquier condición médica preexistente. Esta evaluación es esencial para determinar la necesidad y la seguridad de la administración del psicotrópico en cuestión.

Conocimiento de la prescripción médica: El enfermero debe asegurarse de que la prescripción médica sea precisa y esté actualizada. Esto incluye verificar la dosis, la frecuencia y la vía de administración adecuadas para el medicamento psicotrópico. Cualquier discrepancia o pregunta debe discutirse con el médico prescriptor.

Preparación segura: La preparación de psicotrópicos debe realizarse siguiendo estrictas normas de seguridad. Esto incluye calcular y medir la dosis exacta, utilizar técnicas asépticas y preparar el medicamento en un entorno adecuado para prevenir la contaminación y los errores de preparación.

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 evita errores de administración.

Comunicación con el paciente: El enfermero debe explicar claramente al paciente el propósito del psicotrópico, sus posibles efectos secundarios y la importancia de cumplir con las indicaciones médicas. La comunicación efectiva promueve la comprensión del paciente y su colaboración en el tratamiento.

Observación y seguimiento: Después de la administración, el enfermero debe vigilar de cerca al paciente en busca de posibles efectos secundarios, reacciones adversas o signos de abuso. La observación continua es fundamental para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento.

Documentación precisa: Cada administración de psicotrópicos debe registrarse detalladamente en el expediente médico del paciente. Esto incluye la fecha, la

hora, la dosis, la vía de administración y cualquier observación relevante. La documentación precisa es esencial para el seguimiento del tratamiento y la comunicación entre el equipo de atención médica.

El enfermero desempeña un papel esencial en la preparación y administración segura de psicotrópicos. Su evaluación cuidadosa, conocimiento de la prescripción, preparación segura, comunicación con el paciente y observación constante son fundamentales para garantizar la seguridad y la eficacia de este proceso. Además, la documentación adecuada respalda un registro preciso de la administración de medicamentos, lo que es esencial para el seguimiento y la seguridad a largo plazo del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para asegurar una buena administración de psicotrópicos es la adherencia estricta a protocolos y procedimientos establecidos. Los enfermeros deben capacitarse continuamente en las últimas pautas y regulaciones relacionadas con estos medicamentos. Además, deben colaborar estrechamente con el equipo médico y farmacéutico para garantizar que las prescripciones sean precisas y adecuadas.

La comunicación con el paciente también es esencial. Los enfermeros deben explicar claramente el propósito y los posibles efectos secundarios de los psicotrópicos, fomentando la participación activa del paciente en su tratamiento y toma de decisiones.

La observación constante del paciente para detectar posibles efectos secundarios o reacciones adversas es crucial. Además, la documentación precisa y oportuna de cada administración es fundamental para el seguimiento del tratamiento y la comunicación efectiva dentro del equipo de atención médica.

La clave para una buena administración de psicotrópicos es la formación continua, la comunicación efectiva y la observación diligente, lo que garantiza la seguridad y la eficacia del tratamiento, al tiempo que se empodera al paciente en su proceso de cuidado de la salud.

# 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 enfermeria, 30(3), 271-285.

## Capítulo 47

# COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

## 1 Introducción

La quimioterapia es un tratamiento médico que utiliza medicamentos conocidos como agentes quimioterapéuticos o citotóxicos para combatir y controlar el crecimiento y la propagación de células cancerosas en el cuerpo. Su objetivo principal es eliminar las células cancerosas o reducir su tamaño, lo que puede conducir a la remisión o el alivio de los síntomas en pacientes con cáncer. Este tratamiento se ha convertido en una parte fundamental de la lucha contra el cáncer y se utiliza en combinación con otras terapias, como cirugía y radioterapia, dependiendo del tipo y la etapa del cáncer.

La quimioterapia actúa interfiriendo en el ciclo de vida de las células, tanto en las cancerosas como en las sanas. Los medicamentos quimioterapéuticos atacan las células que se dividen rápidamente, lo que es característico de las células cancerosas, pero también afectan a otras células sanas, como las de la médula ósea, el sistema gastrointestinal y el cabello, lo que puede dar lugar a efectos secundarios.

Los medicamentos de quimioterapia pueden administrarse de diversas maneras, incluyendo vía oral, intravenosa o a través de inyecciones en el músculo o bajo la piel. El tipo y la duración del tratamiento varían según el tipo de cáncer, su etapa y la respuesta individual del paciente.

A pesar de los efectos secundarios potenciales, la quimioterapia ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de muchas formas de cáncer y ha llevado a la supervivencia y la mejora de la calidad de vida de numerosos pacientes. El tratamiento se adapta de manera personalizada a cada paciente y su enfermedad, lo que requiere una estrecha colaboración entre el equipo médico y el paciente para maximizar los beneficios y minimizar los efectos adversos.

## 2 Objetivos

- Informar sobre el cometido del enfermero en la administración y preparación de quimioterapia.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 quimioterapia son cruciales para garantizar la seguridad y la eficacia de este tratamiento oncológico. Aquí se describen en detalle:

Evaluación del paciente: Antes de comenzar la quimioterapia, el enfermero realiza una evaluación exhaustiva del paciente. Esto incluye revisar su historial médico, realizar pruebas de laboratorio y evaluar su estado general de salud. Esta evaluación ayuda a determinar si el paciente es apto para recibir quimioterapia y a identificar posibles contraindicaciones.

Educación al paciente: El enfermero desempeña un papel fundamental al educar al paciente sobre el tratamiento. Esto incluye explicar el propósito de la quimioterapia, los posibles efectos secundarios, las medidas de prevención y el manejo de estos efectos. La educación empodera al paciente para participar activamente en su cuidado y tomar decisiones informadas.

Preparación de medicamentos: El enfermero es responsable de preparar cuidadosamente los medicamentos de quimioterapia de acuerdo con la prescripción médica. Esto incluye calcular la dosis correcta, reconstituir medicamentos si es necesario y verificar la compatibilidad de los medicamentos.

Administración segura: La administración de quimioterapia debe realizarse siguiendo estrictos protocolos de seguridad. Los enfermeros deben utilizar equipos de protección personal, como guantes y batas, y seguir procedimientos de manejo seguro de medicamentos. La vía de administración puede ser oral, intravenosa o incluso intratecal, y el enfermero debe estar entrenado en todas ellas.

Vigilancia continua: Durante la administración de quimioterapia, el enfermero monitorea al paciente de cerca para detectar cualquier reacción adversa o efectos secundarios. Esto implica medir signos vitales, observar posibles síntomas y mantener una comunicación abierta con el paciente para evaluar su bienestar.

Manejo de efectos secundarios: Si se presentan efectos secundarios, el enfermero debe estar preparado para intervenir y brindar el tratamiento adecuado. Esto puede incluir el uso de medicamentos para controlar las náuseas, la administración de fluidos intravenosos o la gestión de reacciones alérgicas.

Documentación precisa: Cada paso del proceso, desde la preparación hasta la administración y el monitoreo, debe documentarse de manera precisa en el expediente médico del paciente. Esta documentación es esencial para el seguimiento del tratamiento y para garantizar una atención coordinada y segura.

El enfermero desempeña un papel esencial en la preparación y administración de quimioterapia. Su enfoque en la evaluación, la educación al paciente, la seguridad en la preparación y administración, la vigilancia continua y el manejo de efectos secundarios son vitales para asegurar que el paciente reciba este tratamiento de manera segura y efectiva, con el menor impacto negativo en su calidad de vida.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para el enfermero en la preparación y administración de quimioterapia es seguir rigurosamente los protocolos y las prácticas de seguridad establecidas. Esto incluye una verificación meticulosa de la identidad del paciente, la prescripción médica y la compatibilidad de los medicamentos. Además, se debe mantener una comunicación abierta y efectiva con el equipo de atención médica y el paciente para garantizar la comprensión mutua y la monitorización constante.

La segunda recomendación clave es enfocarse en la empatía y el apoyo al paciente. La quimioterapia puede ser una experiencia emocionalmente desafiante, y los enfermeros desempeñan un papel fundamental al brindar un entorno de cuidado compasivo. Esto incluye escuchar las preocupaciones del paciente, responder a sus necesidades y proporcionar información clara y honesta sobre el tratamiento. Un enfoque centrado en el paciente contribuye significativamente a su bienestar emocional y físico durante el proceso de quimioterapia.

La preparación y administración de quimioterapia exige precisión y seguridad, así como compasión y apoyo. Cumplir con los protocolos y mantener una comunicación efectiva con el paciente son claves para garantizar un tratamiento exitoso y una experiencia más positiva para quienes enfrentan esta terapia.

## 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 enfermeria, 30(3), 271-285.

## Capítulo 48

# PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN NIÑOS

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARÍA GÓMEZ PULIDO

NOELIA RAMOS CAMINO

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

## 1 Introducción

Podemos definir la parada cardiorrespiratoria (PCR) como una interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. Como consecuencia de ello se interrumpe el transporte de oxígeno a los órganos vitales, principalmente al cerebro.
En reanimación cardiopulmonar (RCP) se dividen las edades pediátricas en: recién nacido (que se corresponde con el período inmediato tras el nacimiento), lactante (nos referimos con esto al período de tiempo que abarca desde el momento inmediato al nacimiento y hasta los 12 meses) y niño (abarca a aquellos con edades de entre 1 año y el comienzo de la pubertad).
El riesgo de que esto suceda es máximo en menores de un año (debido a que estos niños arrastran las posibles complicaciones del parto) y nos encontramos

con un segundo pico en adolescentes debido a actividades de riesgo que causen accidentes.
En el caso de los niños, la parada cardiorrespiratoria de instauración súbita es muy poco frecuente puesto que siempre existe una enfermedad de base que degenera y da lugar, de esta manera, a la parada.
En estos casos de parada cardiorrespiratoria en niños, con mayor frecuencia se da primero la parada respiratoria y en segundo lugar la cardíaca.

## 2 Objetivos

- Conocer la frecuencia de los casos de parada cardiorrespiratoria en las diferentes edades de los niños.
- Conocer las manifestaciones de las PCR en niños.
- Conocer las causas que desencadenan una PCR en niños.
- Conocer el pronóstico de PCR en niños.
- Conocer la intervención fundamental para evitar muerte de niños por PCR.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las paradas cardiorrespiratorias en niños se manifiestan mediante una serie de signos característicos tales como pérdida brusca de la conciencia, ausencia de pulsos centrales, midriasis, apnea y/o respiración agónica, cianosis y alteraciones en el electrocardiograma como son asistolia y/o disociación electromecánica o actividad eléctrica sin pulso.
En cuanto a la forma de presentación de la parada esta puede ser de dos tipos diferentes: de tipo respiratorio o de tipo cardíaco, pudiendo esta deberse a un fracaso respiratorio, un fracaso circulatorio: quemadura, shock, hemorragia, infarto, etc. o un fracaso cardíaco primario. Como consecuencia de todo ello se produce una hipoxemia y/o hipoperfusión que conlleva a parada cardiaca o respiratoria.

Las causas de la PCR en la infancia son muy diversas. En cuanto a los niños sanos, las principales causas son muerte súbita del lactante, enfermedades respiratorias agudas, cuerpos extraños en vía aérea y accidentes en el caso de los lactantes, así como traumatismos, ahogamientos o intoxicaciones en el caso de los niños adolescentes.
En cuanto a los niños con enfermedades nos encontramos con causas de tipo respiratorio tales como obstrucción aguda de la vía área (epiglotitis, laringitis), bronconeumopatías (bronquiolitis, broncodisplasia, neumonía, etc.); cardíacas (insuficiencia cardíaca grave, arritmias y crisis hipoxémicas) ; circulatorias (sepsis, reacción anafiláctica grave, pérdida de fluidos por quemaduras y deshidratación grave y hemorragias graves); así como sufrimiento fetal agudo (asfixia perinatal), aspiración meconial, enfermedad membrana hialina, sepsis, hemorragia cerebral y malformaciones cerebrales en el caso de los recién nacidos.
El pronóstico de la PCR va a depender del estado clínico previo, la patología desencadenante, el tiempo de inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), la duración y calidad de las maniobras de RCP y los cuidados post reanimación.
La intervención que más vidas puede salvar consiste en la prevención. En el caso del niño sano esta consiste en evitar el síndrome de muerte súbita del lactante mediante posición decúbito supino al dormir y no colchones ni almohadas hasta el año de vida así como evitar tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo y formación a las familias acerca de prevención de accidentes en niños de todas las edades. En el caso de los niños con enfermedad resulta fundamental el traslado de los niños con enfermedad grave, la educación a los padres y el reconocimiento precoz de los signos respiratorios y/o hemodinámicos que puedan indicar un riesgo de parada cardiorrespiratoria.

## 5 Discusión-Conclusión

La parada cardiorrespiratoria en niños es de máximo riesgo en menores de un año debido a que se arrastran en este momento las posibles complicaciones del parto, y en adolescentes donde el riesgo proviene de actividades de riesgo que puedan causar accidentes.
Estas PCR se manifiestan mediante diferentes signos clínicos. Algunos de ellos son pérdida brusca de la conciencia, ausencia de pulsos centrales, midriasis, cianosis, etc.
Nos encontramos con diversas causas que pueden desencadenar una PCR en niños, para lo cual debemos de distinguir entre niños sanos y niños que presenten

alguna enfermedad o patología de base.
En cuanto al pronóstico de las PCR en niños, este depende de diversos factores tal y como se ha descrito anteriormente.
Por último, cabe destacar que la principal herramienta con la que contamos para evitar la muerte de los niños por PCR consiste en la prevención, dotando a las familias de información y utilizando todos los recursos disponibles para evitar que pueda desencadenarse.

## 6 Bibliografía

1. A. Zaritsky, V. Nadkarni, M.F. Hazinski, G. Foltin, L. Quan, J. Wright Recommended guidelines for uniform reporting of pediatric advanced life sup- port: The pediatric Utstein style.
2. D. Biarent, R. Bingham, S. Richmond, I. Maconochie, J. Wyllie, S. Simpson, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 6. Paediatric life support.
3. V.M. Nadkarni, G.L. Larkin, M.A. Peberdy, S.M. Carey, W. Kaye, M.E. Mancini, et al., National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults Jama, 295 (2006), pp. 96-98.

## Capítulo 49

# ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE CON QUEMADURAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ELENA MOYA CRESPO

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ANA DÍAZ CABALLERO

## 1 Introducción

El órgano más grande del cuerpo humano es la piel y, a través de sus capas (epidermis, dermis e hipodermis) cumple varias funciones donde la más importante es la de proteger ya que constituye una barrera entre virus, bacterias y hongos del medio ambiente y el sistema inmune.

Se define quemadura al daño producido en la piel por causas físicas o químicas que alteran las proteínas de los tejidos (y los destruyen) y producen un cambio en la piel, así como consecuencias emocionales y mentales.

El organismo reacciona a través de varias fases para solucionar el problema. Primero, se van a formar coágulos para evitar hemorragias (coagulación), seguidamente se produce una autolisis para favorecer que se forme nuevo tejido

(inflamación) y una migración celular (proliferación). La perfusión de los tejidos va a disminuir pero estos son salvables si se intensifica la perfusión tisular (éstasis), el tejido empieza a recuperarse (zona de hiperemia) y, finalmente, alcanza resistencia y se forma la cicatriz (maduración).

Además, aparece hipotensión, edema, confusión, agitación, disminuye la sangre que llega al intestino y la masa muscular, la tasa metabólica basal se triplica y puede aparecer lesión renal aguda durante la reanimación del paciente o secundaria a una sepsis (por ello es importante que las cantidades de líquidos administradas sean agresivas).

El diagnóstico se determina según la profundidad, tamaño o capas de la piel afectadas, así como el estado del paciente. Un método para determinar la superficie corporal quemada (SCQ) es la Regla de los nueve de Wallace que fracciona nuestro cuerpo en zonas del 9%. Al mismo tiempo, las quemaduras se pueden clasificar en primer grado o quemadura epidérmica (eritema y edema), segundo grado o quemadura dérmica (ardor y ampollas), tercer grado o quemadura profunda.

## 2 Objetivos

- Conocer los cambios que las quemaduras producen en nuestro organismo.
- Exponer como actuar correctamente ante un paciente con quemaduras en un espacio extrahospitalario.
- Explicar los pasos a seguir para manejar adecuadamente la situación.

## 3 Caso clínico

Mujer de 83 años atendida por la unidad de vigilancia intensiva móvil (UVI) móvil en su hogar ya que ha sufrido quemaduras. Se encuentra consciente, obnubilada, con dolor y muy nerviosa. Según la regla de los 9 de Wallace la SCQ es del 33% (quemaduras de tercer grado en miembro superior derecho, ½ del miembro inferior derecho (MID), ½ de abdomen y 1/3 de la espalda).
En la valoración inicial (ABCDE), la vía aérea está permeable, la respiración es espontánea y la paciente está en bradipnea con una saturación basal de 83% que se soluciona administrando oxígeno con bolsa reservorio a 15 lpm al 100%. La SpCO es del 12%. A nivel hemodinámico, ritmo sinusal, hipotensión, hipertermia y normoglucemia. No se percibe relleno distal ni pulsos en los miembros afectados por las quemaduras. Se administra con bomba de infusión Ringer Lactato

calculando la cantidad con la fórmula de Parkland (kg x SCQ x 4ml) para evitar que la pérdida de líquido sea excesiva; 40 mg de Pantoprazol IV, una ampolla de Ondansentron IV, 150 mcg de Fentanilo IV y 10 mg de Diazepam VO. A nivel neurológico, la puntuación de Escala de Glasgow obtenida es de 12 (deterioro neurológico moderado) ya que a nivel ocular responde órdenes verbales, habla aunque esté obnubilada y localiza el dolor. Por último, previamente se habían retirado todos los complementos y la ropa; se irrigaron las quemaduras con suero fisiológico (SF) a temperatura ambiente y se cubrieron con paños estériles, además de cubrir a la paciente para preservar su intimidad.

A la hora de realizar la evaluación secundaria se siguió el método SAMPLE:
•Síntomas: dolor más leve que al inicio debido a la analgesia administrada. La TA ha mejorado.
•Alergias: NAMC (comprobado previamente con sus familiares)
•Medicación actual: Copinal, Losartán HCT, Kreon, Plantago, Neurotín, Tryptizol, Topamax, Lyrica, Pantoprazol, Palexia, Prevencor, Alzerta.
•Pasado médico: pancreatitis crónica, estenosis del canal lumbar. Bronquiolectasias en base izquierda. Deterioro cognitivo leve. Intervenida quirúrgicamente de pancreatitis, hernia y estenosis (x3)
•Última comida: 09:30h, desayuno.
•Eventos/ambiente relacionado con la lesión: mujer sentada en un sillón al lado de la ventana con una vela encendida cerca de una cortina que se cae al suelo y ocasiona el fuego.

Se reevaluó el nivel de conciencia que se mantenía en 12 puntos y se decidió sondar a la mujer con sonda Foley 18Ch para controlar la diuresis.
A la llegada al hospital se comunica toda la información respecto a la paciente al personal sanitario que pasará a atenderla allí.

Para tratar esta situación se elabora un plan de cuidados:

1) Diagnóstico NANDA. 00030. Deterioro del intercambio de gases.
NOC.0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
NIC.3320 Oxigenoterapia.

2) Diagnóstico NANDA. 00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
NOC.1106 Curación de las quemaduras.
NIC.3661 Cuidados de las heridas: quemaduras.

3) Diagnóstico NANDA. 00016. Deterioro de la eliminación urinaria.

NOC.0503 Eliminación urinaria.
NIC.0580 Sondaje vesical.

4) Diagnóstico NANDA. 00132. Dolor agudo.
NOC.1605 Control del dolor.
NIC.2210 Administración de analgésicos.

5) Diagnóstico NANDA. 0007. Hipertermia.
NOC.0800 Termorregulación.
NIC.3900 Regulación de la temperatura.

6) Diagnóstico NANDA. 00205. Riesgo de shock.
NOC.0419 Severidad del shock hipovolémico.
NIC.4170 Manejo de la hipovolemia.

7) Diagnóstico NANDA. 00046. Deterioro de la integridad cutánea.
NOC.1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
NIC.3661 Cuidados de las heridas: quemaduras.

## 4 Discusión-Conclusión

Saber identificar la situación en la que nos encontramos, conocer las consecuencias en el organismo de esta y atender de forma precoz a un paciente con quemaduras es importante para que el éxito y la resolución del problema se produzcan cuanto antes, así como para evitar que la pérdida de líquido sea excesiva, para mejorar el aporte de oxígeno e, incluso para prevenir la aparición de infecciones. Si elaboramos un plan de cuidados según la intervención requerida nos ayudará a manejar mejor el problema y si trabajamos en equipo la situación se resolverá de manera beneficiosa para el paciente y el éxito de trabajo será siempre mayor.

## 5 Bibliografía

1. Pérez-Ramírez JE, Cárdenas Suárez LE, Gonzaga Jaya AM. CAPÍTULO 39. QUEMADURAS - PDF Descargar libre [Internet]. 2022 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://docplayer.es/231197835-Capitulo-39-quemaduras.html.
2. Jiménez Serrano R, García Fernández FP, Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos. 2018;29(1):45-51.

3. Heather Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023. 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 50

# CONCEPTOS EN RELACIÓN CON EL ASMA PEDIÁTRICO POR ENFERMERÍA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARÍA GÓMEZ PULIDO

NOELIA RAMOS CAMINO

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

## 1 Introducción

La inflamación que se considera de la vía aérea y que se encuentra en la mayoría de los pacientes asmáticos es independiente de la gravedad y del grupo etario. El cierto remodelamiento de la vía aérea se puede iniciar en fases que son iniciales de la patología y que son condicionantes de algunos pacientes que tienen obstrucción en el flujo aéreo de forma irreversible.
El tratamiento recobra una importancia vital de fondo en el que se considera importante un mantenimiento controlador con una base en la educación del paciente junto con su familia, se debe controlar el factor medioambiental con aquellas medidas de evitación que se desencadenan con tratamientos con medicamentos y monitorización en fase de seguimiento.
Existe una clasificación para el asma que tiene una gravedad y se puede hacer cuando el paciente todavía no tiene un tratamiento, esto nos puede resultar útil

para combatir la enfermedad con un tratamiento en sus inicios. De forma posterior la evolución clínica tendrá una consecución de distintos objetivos en el control de las modificaciones del tratamiento.
Los infantes que tienen asma en forma esporádica, su tratamiento se ha de realizar con beta adrenérgico y con una acción que es corta y considerado a demanda, no debe considerarse un tratamiento de mantenimiento.

## 2 Objetivos

Describir conceptos a tener en cuenta en relación con el asma pediátrico.

## 3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido tras una búsqueda y revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed.
También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

## 4 Resultados

Cuando el tratamiento se ha iniciado, se puede realizar modificaciones en la que de forma escalonada, sobre todo en los niños menores de tres años se puede subir o bajar escalones teniendo en cuenta los escalones del grado de control que se va obteniendo en cada momento con el tratamiento.
Si el asma en el niño menor no está controlado, se puede realizar la subida de un escalón para conseguir un control con la técnica de inhalaciones controladas antes de la toma de medicación, esta técnica si es controlada por un adulto y se realiza de forma controlada, tiene la misión de evitar desencadenantes de un asma más severa y controlar un asma inicial de forma controlada.
Se puede valorar mediante este paso del tratamiento el avance de la enfermedad. Se puede mantener un buen control en los meses iniciales del diagnóstico e ir bajando el escalón de la medicación con la meta de lograr el poder bajar al mínimo la medicación que el paciente deba introducir en el organismo.
Una vez que la enfermedad está diagnosticada y controlada, resulta imprescindible, es necesaria la realización de una monitorización de forma periódica en el tratamiento esclarecedor para poder establecer escalones todavía más bajos

y que se consideran necesarios para minimizar el coste y los efectos que se consideran adversos para maximizar la seguridad del paciente y aumentar la calidad de la vida diaria.
Resulta de vital importancia considerar la adaptación de la vida diaria del asmático a un tratamiento de rescate al que el mismo paciente debe de acostumbrarse y estar preparado llevando siempre consigo y saber identificar los síntomas, los niños pequeños lo tienen mucho más sencillos al ser necesario en su vida diaria estar siempre acompañados de un adulto las 24 horas del día.

## 5 Discusión-Conclusión

Desde el equipo de enfermería se hacen necesarias recomendaciones tan importantes como la educación del niño y del entorno familiar, escolar y social en varios aspectos. El primero de ellos es necesariamente el reconocimiento de los síntomas ante la necesidad del reconocimiento de la medicación de rescate, esto para el niño se vuelve necesario y es papel del enfermero en atención primaria para el que se han desarrollado charlas para los que el enfermero prepara al niño y su familia para identificar los síntomas y enseña a la administración de la farmacología de rescate, también es importante en el colegio enseñar esto.

## 6 Bibliografía

Laita, J. C., Fernández, J. D. B., Montaner, A. E., Benítez, M. F., de la Rubia, S. G., Garde, J. G., ... & Asensi, J. V. (2007, September). Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. In Anales de Pediatría (Vol. 67, No. 3, pp. 253-273). Elsevier Doyma.

## Capítulo 51

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA BRONQUIECTASIA A REVISIÓN

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

MARÍA GÓMEZ PULIDO

NOELIA RAMOS CAMINO

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

MARIA DEL PRADO MUÑOZ DELGADO

## 1 Introducción

La bronquiectasia está considerada una patología de carácter crónico que es caracterizado por una dilatación permanente que se produce en los bronquios, en las paredes de estos se produce una infección que se extiende por el tejido que circunda hacia el pulmón y se producen dos variantes, una es la bronquiectasia que se denomina adquirida y la que se considera consecuencia de una tuberculosis.
La hemoptisis tiene una ocurrencia en la mitad de los casos y es lo primero o puede ser considerado el único síntoma, considerándose que en ausencia de la tos y de la expectoración la existencia de bronquiectasias, puede ocurrir en determinados enfermos que tienen secuelas fibrosas y han sufrido tuberculosis en los lóbulos que son superiores.
El sangrado se puede producir cuando una infección encuentra una oportunidad micótica o de tipo bacteriana y esta se instala en aquellas lesiones de tipo residual

o en el desarrollo de un tipo de aspergiloma en una cavidad bronquiectásica, pudiendo ocasionar en las paredes vascularizadas la erosión de estas.
Otros de los síntomas que son generalmente comunes en esta enfermedad son la tos y la expectoración, pueden aparecer de forma periódica en los casos menos graves y están directamente relacionados con la aparición de un nuevo episodio de infección.

## 2 Objetivos

Dar a conocer la actuación de enfermería ante la bronquiectasia.

## 3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido tras una búsqueda y revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed.
También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

## 4 Resultados

En el momento en el que nos encontramos, hay un porcentaje alto en que personas que ya han recibido tratamiento de tuberculosis y han recibido el alta presentando hemoptisis. Se sospecha de una reactivación de la patología, por lo que en los inicios se puede buscar el bacilo de la tuberculosis como responsable del diagnóstico secundario para lo que es necesario la realización de una broncofibroscopia que arroje resultados negativos.
Esto para el sistema de salud pública conlleva un coste en la operación de distintas pruebas que es sustancial y que no tiene resultados porque al ser los resultados negativos, es inútil las operaciones. Para realizar con una certeza clara la magnitud de un daño pulmonar, se puede realizar una operación de daño pulmonar para la curación de la enfermedad de origen tuberculoso con recomendación de medidas preventivas.
Cuando los pulmones están sanos, se puede colapsar el pulmón por un neumotórax disminuyendo su capacidad casi en su totalidad, esto puede demostrar la gran elasticidad de este órgano y la capacidad que tiene de tejido esponjoso. En las inmediaciones de los bronquios, existen cortes de tipo transversal en los que existe espacio pulmonar.

Estos cortes a modo transversal que contienen aire periférico y que contienen el 10 % del tejido y el resto es aire. Cuando se destruye este tipo de arquitectura por la acción de la tuberculosis, sobre todo cuando afecta a los alvéolos, la pérdida del volumen dilata los bronquios de forma significativa.
Las señales que se producen de bronquiectasias se hallan en la radiografía de tórax y se evalúan siguiendo criterios normalizados de Gudbjerg, estos pacientes tienen lesiones en sus pulmones en formas de panal de abeja de forma personalizada y desplazadas hacia el lado derecho.

## 5 Discusión-Conclusión

En este tipo de enfermedad y como equipo de enfermería, se puede hacer un protocolo desde atención primaria, este protocolo consiste en que la figura del enfermero controle de forma secundaria las secuelas de los enfermos que han sufrido de tuberculosis y control constantes vitales y hemoptisis que puedan aparecer para dilucidar en un futuro la aparición de esta patología, apuntando en la historia clínica los síntomas del pacientes y los signos que se observen en la consulta, estas deben ser periódicas y constantes.
El especialista en Neumología es el que debe valorar en consonancia con la enfermera la valoración de esta patología.

## 6 Bibliografía

1. Martínez-García, M. Á., Máiz, L., Olveira, C., Girón, R. M., de la Rosa, D., Blanco, M., ... & Prados, C. (2018). Normativa sobre el tratamiento de las bronquiectasias en el adulto. Archivos de Bronconeumología, 54(2), 88-98.

## Capítulo 52

# COMETIDO DEL ENFERMERO EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA INTERVENCIÓN DE COLOCACIÓN DE MARCAPASOS

SILVIA RASINES AGUILAR

MAIRA MARTÍN RODRÍGUEZ

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA CRUZ VIDAL ÁVILA

MARTA ESCRIBANO RUEDA

## 1 Introducción

La colocación de un marcapasos es un procedimiento médico que implica la implantación de un dispositivo electrónico en el cuerpo para regular el ritmo cardíaco. Este procedimiento se realiza en pacientes que tienen trastornos del ritmo cardíaco, como bradicardia (ritmo cardíaco lento) o bloqueo cardíaco, que pueden llevar a síntomas como fatiga, mareos, desmayos o insuficiencia cardíaca.

El procedimiento de colocación de un marcapasos generalmente se lleva a cabo en un entorno quirúrgico, como un quirófano o una sala de procedimientos especializada. Se utiliza anestesia local para adormecer la zona donde se realizará la incisión. Luego, se hace una pequeña incisión en la zona del pecho o el abdomen,

y se insertan electrodos del marcapasos a través de una vena principal o directamente en el corazón. Estos electrodos se conectan al dispositivo, que se coloca en una bolsa debajo de la piel cerca de la incisión.

El marcapasos monitoriza constantemente el ritmo cardíaco del paciente y, cuando detecta una frecuencia cardíaca demasiado lenta o ausente, envía impulsos eléctricos al corazón para estimular las contracciones adecuadas y mantener un ritmo cardíaco normal.

La colocación de un marcapasos es un procedimiento seguro y eficaz que ha mejorado la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo. Permite a los pacientes con trastornos del ritmo cardíaco llevar una vida activa y saludable al garantizar que su corazón funcione de manera adecuada. Sin embargo, como con cualquier procedimiento médico, existen riesgos y consideraciones que deben ser discutidos entre el paciente y el equipo médico antes de la colocación del marcapasos.

## 2 Objetivos

- Informar sobre el cometido del enfermero en la colocación de un 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la colocación de un marcapasos, un procedimiento que busca regular el ritmo cardíaco de los pacientes con trastornos del ritmo cardíaco. Aquí se detallan sus funciones durante todo el proceso:

Preparación preoperatoria: Antes del procedimiento, el enfermero se encarga de preparar al paciente tanto física como emocionalmente. Esto implica explicar el procedimiento en detalle, responder a las preguntas y preocupaciones del

paciente y obtener el consentimiento informado. Además, verifica la historia médica y las alergias del paciente, y realiza una valoración completa para garantizar que esté en las condiciones adecuadas para la intervención.

Asistencia durante la anestesia: Si se utiliza anestesia local o sedación, el enfermero colabora en la administración y monitorización de la anestesia. Se asegura de que el paciente esté cómodo y relajado durante el procedimiento, y mantiene un monitoreo constante de los signos vitales.

Asistencia en la sala de procedimientos: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el cardiólogo o el cirujano cardíaco durante la colocación del marcapasos. Esto incluye la preparación de los instrumentos y el equipo necesarios, así como la esterilización del área de implantación.

Monitoreo y soporte durante la colocación: Durante el procedimiento, el enfermero monitoriza continuamente los signos vitales del paciente, como el ritmo cardíaco y la presión arterial. También brinda apoyo emocional al paciente, manteniendo la calma y proporcionando información en tiempo real sobre el progreso del procedimiento.

Educación postoperatoria: Después de la colocación del marcapasos, el enfermero se encarga de educar al paciente y a su familia sobre el cuidado del sitio de incisión, las restricciones de actividad y las señales de advertencia de complicaciones. Proporciona instrucciones claras para el seguimiento médico y asegura que el paciente comprenda la importancia de asistir a las citas de control.

Registro y documentación: El enfermero registra detalladamente el procedimiento, incluidos los datos relevantes, las dosis de medicamentos administrados y los signos vitales del paciente. Esta documentación es esencial para el seguimiento del paciente y para garantizar un historial médico preciso.

El enfermero desempeña un papel multifacético en la colocación de un marcapasos, desde la preparación inicial hasta la atención postoperatoria. Su compromiso con la seguridad del paciente, el apoyo emocional y la educación contribuye significativamente al éxito del procedimiento y al bienestar general del paciente que recibe este importante dispositivo cardíaco.

## 5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una exitosa implantación de marcapasos, es fundamental que el enfermero siga estos principios clave:
En primer lugar, la comunicación efectiva con el paciente es esencial. Antes del procedimiento, explique de manera clara y comprensible qué implica la colocación del marcapasos, los beneficios que aportará y cualquier posible riesgo. Asegúrese de responder a todas las preguntas y preocupaciones del paciente para reducir la ansiedad y fomentar la confianza.
En segundo lugar, mantenga una colaboración estrecha con el equipo médico. La coordinación fluida con el cardiólogo o cirujano cardíaco es esencial durante todo el procedimiento. La comunicación efectiva y la sincronización aseguran que el proceso sea seguro y eficiente. Además, siga estrictamente los protocolos de higiene y esterilización para minimizar el riesgo de infección.
En resumen, una comunicación efectiva con el paciente y una colaboración precisa con el equipo médico son esenciales para una implantación exitosa de marcapasos. Estos elementos contribuyen a garantizar que el procedimiento se realice de manera segura y que el paciente esté bien informado y cómodo durante todo el proceso.

## 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 53

# PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON LITIASIS RENAL EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

LAURA BALLESTEROS JEREZ

ALBA RODRIGUEZ DE LA CRUZ

JUAN GARCÍA GALÁN

ANGELA SANCHEZ-CAMACHO LÓPEZ

PILAR BALLESTEROS FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

El cólico nefrítico es la forma más común en la que se presenta la litiasis renal y es considerada una de las principales urgencias urológicas. Se estima que aproximadamente entre un 10% y un 20% de los hombres y entre un 3% y un 5% de las mujeres experimentarán al menos un episodio de cólico nefrítico en algún momento de sus vidas. En España, se estima que alrededor del 4,2% de la población tiene urolitiasis, siendo más común en personas de entre 30 y 50 años y con una mayor incidencia en hombres. Esta condición causa un gran sufrimiento a los pacientes y tiene un alto costo socioeconómico (1).
Comúnmente, las complicaciones relacionadas con esta enfermedad son las infecciones y el deterioro de la función del riñón, que puede llevar a la pérdida total de este órgano. Por esta razón, se requiere un tratamiento adecuado, eficaz y seguro.

A medida que el cálculo renal aumenta de tamaño, disminuyen las posibilidades de que sea expulsado. Por lo general, los cálculos que miden menos de 5 mm son expulsados sin complicaciones a través del sistema urinario. Si el cálculo no se ha expulsado después de cuatro semanas, las posibilidades de complicaciones aumentan, como el deterioro de la función renal (2).
En el manejo del paciente y la atención de enfermería desempeñan un papel crucial, por lo tanto, es esencial que los cuidados sean especializados. El profesional de enfermería especializado en urgencias es una parte fundamental e indispensable del equipo multidisciplinario, ya que garantiza la recuperación del paciente mediante intervenciones racionales e integrales (2).

## 2 Objetivos

- Realizar un análisis del caso y llevar a cabo una evaluación considerando las necesidades del paciente según el modelo de Virginia Henderson.
- Desarrollar un plan de atención basado en los diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería proporcionados por las clasificaciones NANDA, NOC y NIC.

## 3 Caso clínico

Hombre de 34 años, llega a urgencias por lesión en riñón, manifestado por dolor intenso y agudo en región lumbar izquierdo, acompañado de fiebre, 38 ℃ (grados centígrados), disuria, hematuria, vómitos biliosos y diarrea. La clasificación de triaje fue de III. Acude a urgencias en numerosas ocasiones, ya que hace 10 días fue intervenido por litiasis renal. Como antecedentes personales presenta nefrolitotomía, no reacciones alérgicas medicamentosas (RAMC) en principio.
A su llegada tomamos constantes del paciente, teniendo tensión arterial (TA) 119/69 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) a 60-70 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno 98% y temperatura de 38 ℃. Se manda radiografía (Rx) abdomen anteroposterior (AP) y lateral y tórax AP. Se canaliza vía periférica n.º 20 y extraemos analítica y un sistemático de orina. En la analítica de sangre aparecen hemoglobina, leucocitos y neutrófilos altos. En el sistemático de orina aparecen proteínas, nitritos, leucocitos, bilirrubina, cuerpos cetónicos y sangre. Permanece en un box con medicación pautada y, tras realizarle una ecografía de abdomen y valoración del médico, se decide su ingreso en planta.
Actividad farmacológica:

Para garantizar la adecuada administración de los medicamentos prescritos, así como su compatibilidad con otros medicamentos o enfermedades, utilizaremos las fichas técnicas disponibles en la página del centro de información de medicamento o CIMA (3):

Intravenoso:

- Dexketoprofeno amp 50 mg en 2 ml: Diluido en 100 ml de SSF. Administrado durante 10-30 minutos mediante infusión intermitente.
- Metamizol amp 2 g en 5 ml: Diluido en 100 ml de SSF. Administrado en 20-60 min mediante infusión intermitente.
- Ondasetrón amp 4 mg en 2 ml: administrado en bolo de forma lenta, en 2-5 minutos.
- Suero salino 0,9% 500 ml.
- Paracetamol 1 g en 100 ml: administrado en infusión intermitente de forma lenta, en al menos 15 min.

Subcutáneo:

- Dolantina amp 50 ml en 1 ml.

Valoración:

Realizaremos una evaluación completa fundamentada en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Necesidad 1. Respiración circulación: no alterada.

La frecuencia respiratoria del paciente es normal. No presenta disnea ni en esfuerzo ni en reposo. La TA es de 119/69, por lo que tiene valores normales, presentando normotensión, con una FC de 119, está algo elevada. No necesita oxigenoterapia, ya que tiene una saturación del 98%. No presenta traqueotomía ni CPAP. En cuanto a complicaciones respiratorias, no presenta ninguna alteración.

Necesidad 2. Comer y beber de forma adecuada: alterada.

El paciente tiene intolerancia a la dieta, tanto sólidos como líquidos puesto que hay presencia de vómitos y náuseas por el dolor agudo. Debido a esto, presenta una disminución del apetito, por lo que hay una ligera desnutrición. No se aprecia pérdida de peso en los últimos 3 meses.

Para comer es totalmente independiente. El índice de masa corporal (IMC) que presenta se encuentra dentro de los niveles normales.

No presenta sonda de alimentación.

Necesidad 3. Eliminación: alterada.

El paciente es independiente para ir al baño. Presenta complicaciones en la eliminación urinaria: hematuria acompañada también de disuria. No presenta sonda vesical. En cuanto a su eliminación fecal, presenta diarrea con varias deposiciones líquidas al día. No presenta ostomías ni tampoco ayuda para usar el lavabo.

El abdomen blando y depresible, sin dolor en la palpación. No masas ni megalias.
Necesidad 4: Movimiento: alterada.
El día que acude a urgencias no puede deambular adecuadamente debido al dolor abdominal, a la fatiga y debilidad generalizada que presenta. Para trasladarse a la sala de rayos precisa ayuda de una silla de ruedas. Presenta ligera alteración de equilibrio.
Necesidad 5. Dormir y descansar: alterada.
El patrón de sueño que presenta es discontinuo; nos comunica que en su domicilio se despierta con la sensación de no haber descansado porque durante la noche se despierta numerosas veces debido al dolor. Sin embargo, tiene medicación para el dolor y refiere que su patrón de sueño mejora considerablemente cuando la toma.
Necesidad 6. Vestirse y desvestirse: no alterada.
El paciente es independiente para vestirse y arreglarse. Por lo que esta necesidad no está alterada.
Necesidad 7. Temperatura corporal: alterada.
Su temperatura corporal es de 38 ℃, presentando valores anormales, por lo que está alterado y se encuentra en un estado febril. Es necesario administrarle antitérmicos. Tras la medicación, la fiebre remite y mejora de forma considerable.
Necesidad 8. Higiene/piel: no alterada.
El estado de la piel es bueno, está limpia e hidratada, no presenta riesgo de formación de úlceras por presión (UPP). Pulsos periféricos presentes y simétricos. No edemas ni signos de TVP. En cuanto a su capacidad para asearse, puede hacerlo por el mismo y es independiente, por lo que no requiere ayuda para llevarlo a cabo.
Necesidad 9. Seguridad: no alterada.
No presenta riesgo de autolisis ni tampoco necesitó sujeción preventiva.
En cuanto a las caídas previas, no consta de ninguna caída previa. En relación con los medicamentos que pueden alterar su seguridad destacamos que se le administró narcóticos analgésicos.
Necesidad 10. Comunicación: no alterada.
Su estado mental es orientado. Se mantiene una buena comunicación con él durante su estancia en urgencias. El paciente nos comunica de forma verbalizada en todo momento su estado anímico. No se aprecian déficits sensoriales.
Necesidad 11. Creencias y valores: no alterada.
No hay conflictos entre sus creencias y la de sus familiares con los cuidados de salud.
Necesidad 12. Trabajar para sentirse realizado: alterada.

El paciente acude a urgencias nervioso y preocupado debido al dolor que presenta. Su estado anímico se ha visto disminuido por la enfermedad aguda que le está acompañando en los últimos meses. No presenta problemas neuropsicológicos.
Necesidad 13. Ocio: no alterada.
No presenta riesgo social, por lo que esta necesidad no está alterada.
Necesidad 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: alterada.
Es consciente de su estado de salud, y conoce su enfermedad junto con el tratamiento.
Debido al dolor, se siente ansioso y nos comunica que ha estado muy preocupado y nervioso, ya que dicho dolor le interfiere en su vida diaria.
Plan de cuidados:
Vamos a evaluar a nuestra paciente utilizando la Taxonomía NANDA (4), seleccionando y descartando los diagnósticos que mejor se adapten a nuestro paciente. Luego estableceremos una serie de objetivos NOC que serán abordados a través de las intervenciones NIC.
NANDA: (00132). Dolor agudo relacionado con nefritis manifestado por malestar y queja.
- Objetivos NOC:
1. El paciente será capaz de mantener un nivel de dolor en una escala del 1 al 10.
2. Reconocer los factores causales.
3. Emplear adecuadamente medidas analgésicas y no analgésicas.
- Intervenciones NIC:
1. Administración de analgésicos.
2. Realizar una valoración completa del dolor que incluya ubicación, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor.
3. Observar las señales no verbales de incomodidad.

NANDA: (00013). Diarrea relacionada con inflamación manifestada por dolor abdominal y heces líquidas.
- Objetivos NOC:
1. Continencia intestinal: diarrea.
2. Manejo de la diarrea.
- Intervenciones NIC:
1. Evaluar aporte de líquidos.
2. Evaluaremos y trataremos junto con el médico dolores causados por la diarrea.
3. Observamos turgencia de la piel regularmente.
4. Ordenamos al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.

NANDA: (00016). Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con disuria manifestado por dolor e irritación al orinar.

- Objetivos NOC:
1. Eliminación urinaria.
2. Manejo del dolor.
- Intervenciones NIC:
1. Comunicamos al paciente que nos notifique cada episodio de dolor e irritación.
2. Propiciar el aumento de líquidos.
3. Administramos analgésicos para el manejo del dolor.

## 4 Discusión-Conclusión

La litiasis renal es una condición dolorosa y potencialmente grave que requiere atención urgente en el ámbito de enfermería. Durante la atención en urgencias, es crucial llevar a cabo una evaluación exhaustiva del paciente para comprender la gravedad de la situación y proporcionar intervenciones de enfermería apropiadas.

En este caso clínico, se destaca la importancia de la gestión eficaz del dolor, la monitorización continua de signos vitales y la administración adecuada de analgésicos según la intensidad del dolor. Además, se resalta la necesidad de fomentar la hidratación para favorecer la expulsión de los cálculos y se hace hincapié en la educación al paciente sobre la importancia de seguir un plan de tratamiento y estilo de vida saludable para prevenir futuros episodios de litiasis renal. La comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria son pilares esenciales para garantizar una atención integral y óptima para el paciente con esta condición.

## 5 Bibliografía

1. Hermida Pérez, José A., Pérez Palmes, M ª de La Paz, Loro Ferrer, Juan Francisco, Ochoa Urdangarain Otto, Buduen Nuñez Abdel. Cólico nefrítico en el servicio de urgencias: Estudio epidemiológico, diagnóstico y etiopatogénico. Arch. Esp. Urol. [Internet]. 2010 Abr [citado 2023 Sep 18]; 63(3 ): 173-187.

2. Chenta Villarreal N, Salas Ramírez J. Cuidados de enfermería aplicado a paciente con síndrome febril y dolor abdominal a descartar litiasis renal en el servicio de emergencia de un hospital de Juanjui [Trabajo Académico]. Universidad Peruana Unión [Internet]. 2022 [citado 18 de septiembre de 2023].

3. CIMA: Centro de información de medicamentos [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html.
4. Chozas JMV. Listado de Diagnósticos NANDA Actualizado 2021-2023 [Internet].

## Capítulo 54

# PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

ALICIA GARCIA PECO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

## 1 Introducción

El virus del VIH, causante del SIDA, en la década de los ochenta, fue considerada una epidemia y supuso una sentencia para los especialistas de la salud, desde que esta enfermedad apareciera a principios de los 80, la incidencia del número de las personas que fueron infectadas creció considerablemente.
Hubo un gran interés por la industria farmacéutica y por los investigadores en conseguir medicamentos antivirales que fueran usados en combinación con otras drogas para paliar los efectos de esta enfermedad en la busca desesperada por una vacuna que a día de hoy es inexistente.
De forma reciente, se ha conseguido que la farmacología de primer orden que se realiza en los pacientes con inhibidores de la proteasa ha vuelto a reactivar la expectación por los laboratorios farmacéuticos y por los investigadores de ciencias de la salud, aunque para conocer sus efectos deben de pasar años, las expectativas son prometedoras.

El Sida desde su aparición ha ido evolucionando, tanto la enfermedad como los cuidados del enfermo, las expectativas de vida en la actualidad son altas y los tratamientos son efectivos, aunque bien es cierto que queda muy lejos la vacuna y se incide en la protección como barrera para erradicar esta enfermedad.

## 2 Objetivos

-Analizar y conocer el papel de enfermería en la prevención de VIH.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La investigación y expectativas, así como las decepciones y determinados cambios que han venido evolucionando desde que apareció el virus del VIH en nuestra sociedad, e identificó, han sido importante y se han basado como primera condición en la prevención.
En la actualidad las evidencias con las cuales se puede confirmar que existe una lucha constante contra el SIDA no han sido todo lo fructífera que se esperaban, pero tampoco se pueden considerar un fracaso, se pueden conseguir que en la adolescencia con educación haya un cambio conductual a un largo plazo para poder proceder a la modificación gradual de la conducta sexual.
La educación en la salud sexual, gracias a la atención en primaria que se organiza en los centros de salud dirigida por el equipo de enfermería, que es la figura encargada de informar en las revisiones rutinarias de las prácticas seguras sexuales para la no transmisión del virus del sida junto con otras enfermedades de transmisión sexual.
Ha quedado suficientemente demostrado que reducir ciertos comportamientos sexuales y sobre todo y lo más importante, la barrera de protección es el objetivo para acabar con esta lacra que supone cientos de miles de muertes en el mundo

todavía al año en muchos países. Sin mencionar el coste que supone a la salud pública los tratamientos, ingresos y seguimientos de estos enfermos.
El despliegue de prácticas sexuales sin barrera que se debe de hacer desde los servicios públicos de un país es tan inmenso y ocupa tantos recursos que contabilizar económicamente en cifras supera las cifras del cáncer en España.
Los esfuerzos se centran en la detección de los primeros síntomas para poder abordar la enfermedad desde los inicios para que el sistema inmunitario se encuentre debilitado lo menos posible en toda su estructura, manteniendo un tratamiento farmacológico retroviral de primer orden eficaz.

## 5 Discusión-Conclusión

La recomendación para este tipo de enfermedad es la prevención, la prevención y la utilización de medios de barrera en las relaciones sexuales, esta prevención se debe hacer desde atención primaria a través de los profesionales de enfermería de los servicios de salud y también estos profesionales deben de realizar pases en los institutos de secundaria obligatorio en los primeros cursos para explicar la importancia de la prevención de utilizar medios de barrera en las relaciones sexuales y reducir o eliminar algunas prácticas que pueden llevar a transmisión de enfermedades de índole diversa incluida el VIH y mejorar la salud sexual.

## 6 Bibliografía

1-Infante, C., Zarco, Á., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud pública de México, 48(2), 141-150.
2-Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud pública de México, 44(6), 554- 564.
3-Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Revista española de salud pública, 71, 335-341.

## Capítulo 55

# PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS Y ACTIVIDADES DE NIÑOS CON AUTISMO

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

ALICIA GARCIA PECO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

## 1 Introducción

El espectro autista se considera un trastorno de carácter neurobiológico y su origen se cree que es prenatal. Tiene una afectación de por vida, se producen ciertas alteraciones en el desarrollo social, siendo este junto con la comunicación los principales problemas de desarrollo del niño.
Se tienen ciertos patrones que se desarrollan en la conducta y en las estereotipias. La falta de interacción y de comunicación, incluso con el entorno más cercano, como la falta total de contacto visual. Tampoco son capaces de iniciar y comuni-

carse tanto de forma verbal o no verbal. Imitan reacciones sociales que aprenden, pero no con el mismo significado.
La intervención de enfermería en el campo del autista es muy variada, son niños que pasan por un periplo de consultas y tienen necesidades especiales.
La clasificación de su enfermedad ha cambiado en el nuevo manual de diagnóstico de enfermedades psicopatológicas, en este caso concretamente se clasifica no por deficiencias, sino por necesidades de apoyo de forma individual. El entorno familiar se ve completamente afectado, estos niños son dependientes totalmente del entorno, necesitan ir a colegios adaptados a niños con necesidades especiales y no alcanzan una madurez cognitiva para poder desarrollarse en un futuro con independencia.

## 2 Objetivos

- Exponer cómo ayudar en el tratamiento terapéutico en niños con espectro autista.
- Destacar la importancia de desarrollar nuevos programas que ayuden a las familias a tratar la enfermedad con diversas tácticas y permitan el descanso de estas.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

En la actualidad no existen cifras reales para poder establecer una prevalencia sobre el autismo en nuestro país, podemos hablar que es uno de los trastornos que se consideran más graves de los que ocurren de forma frecuente y que tiene una afectación en la infancia. Detectándose en el desarrollo de esta, se muestra siempre con un cociente intelectual bajo o muy bajo y con trastornos en el lenguaje si es que se llegan a adquirir.

Las últimas cifras del continente europeo muestran cifras entre 40 y 70 cada, 100000 habitantes, siendo esta tasa creciente en las últimas décadas entre la población. Esto puede deberse a que en la última edición se ha amplificado el espectro autista, incluyendo distintas psicopatologías que en manuales anteriores se consideraban independientes.
Hay una mayor sensibilidad entre los neurólogos y los psiquiatras para que de manera cognitiva y lingüística estos niños sean atendidos en las mejores condiciones posibles en atención temprana.
Se ha considerado un acierto el tratar a estos niños por unidades de apoyo que necesitan de forma individual sin hacer un catálogo sobre su enfermedad para guardar estereotipos varios y clasificarlos.
El tratamiento psicológico incluye necesariamente al entorno familiar desde el momento del diagnóstico. Implica, desde el momento cero, la aplicación necesaria sobre la enfermedad para su mayor conocimiento y se puede brindar a través de las distintas asociaciones existentes varios puntos de tratamiento y de descarga para estas familias.
Desde varias comunidades autónomas y en concierto con las asociaciones se han creado los programas de descanso familiar que consisten en un campamento programado por equipos de enfermería en el que los niños están atendidos y los padres pueden descansar de los excesivos cuidados físicos y mentales que requieren durante todo el día.

## 5 Discusión-Conclusión

Como recomendación importante, sería la ampliación tras comprobar el éxito que están teniendo los campamentos para el espectro autista. Estos campamentos, al mismo tiempo que albergan los niños en condiciones seguras para ellos, muestran días de descanso normalmente para los progenitores, en programas en los que distintos profesionales de la enfermería y de la psicología los enseñan a sobrellevar la enfermedad y en los que aprenden las distintas tácticas de cuidados poniendo en común distintos puntos de vista. El descanso para los convivientes se ha demostrado que resulta muy reparador y eficaz, repercutiendo positivamente en el cuidado del individuo con espectro autista.

## 6 Bibliografía

1-Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Martín Cilleros, M. V., Ferrari, M., Martínez Velarte, M., … & Posada de la Paz, M. (2006). La detec-

ción precoz del autismo. Psychosocial Intervention, 15(1), 29-47.
2-Añino, M. I. F. (2003). Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas. Arte, individuo y sociedad, 15, 135-152.

## Capítulo 56

# PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

LUCIA FERNÁNDEZ LACAVE

ALICIA GARCIA PECO

ANDREA MORCILLO CARDENAS

PABLO GRANADOS NÚÑEZ

SARA RUIZ LÓPEZ

## 1 Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta de la alimentación, se considera una enfermedad de carácter crónico, tiene una oscilación que prevalece en la adolescencia entre las mujeres en la adolescencia y en una adultez temprana. Se caracteriza porque se aprende un patrón de la ingesta con el fin de perder peso que tiene como consecuencia un profundo deterioro en el físico, también en el área social y en el personal y familiar.

Las consecuencias que produce una malnutrición pueden llegar a ser graves afectando a varios sistemas del organismo y al funcionamiento neurológico, lo que hace cronificar la psicopatología, para clasificarla no debe de ser como consecuencia de una enfermedad clínica o psiquiátrica. Se considera un importante

problema de salud pública y es un gran problema de salud familiar en el que la familia necesita en la gran mayoría de las ocasiones apoyo psicológico para poder entender lo primero y después para poder afrontar y acompañar al individuo en el proceso de la enfermedad que se prolonga en el tiempo.
El equipo de enfermería desde los centros de salud de primaria se encargan de llevar un control estricto de peso diario de las pacientes y existen programas de internos voluntarios y también se pueden cursar por orden judicial.

## 2 Objetivos

- Analizar y conocer el papel de enfermería en la anorexia nerviosa mediante una revisión bibliográfica.
- Informar sobre tratamientos para ayudar a las pacientes con anorexia nerviosa.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Dentro de los resultados, encontramos que en la etiopatogenia distintos factores que desencadenan esta psicopatología, los factores de origen genético, biológico, psicológico y también cultural, se consideran importante como factores ambientales que pueden predisponer a desarrollar la psicopatología.
La personalidad de la paciente es un factor que es considerado desde el ámbito psiquiátrico de vulnerabilidad individual, el mismo trastorno es desencadenante de ayudarse a sí mismo.
La enferma de anorexia al perder peso se ve delgada, ve que consigue su objetivo y se anima a seguir perdiendo peso.
Estas mujeres sí pasan hambre, pero el poder que se ejercen de disciplina contra ellas mismas y la influencia psicológica que se han generado frente a la sociedad es un desencadenante mucho más potente. Usan distintos trucos para saciar el hambre como ocupar la mente en hacer ejercicio de forma extrema, mastican

hielo para segregar los jugos gástricos y se desencadene la acción de saciar el apetito.
Desarrollan capacidades varias para engañar a distintos miembros del entorno familiar y entornos cercanos en cuanto a acciones como no comer, comer poca cantidad, se aíslan y no mantienen relaciones sociales y si las mantienen, excluyen totalmente las horas de las comidas o bebidas que implique interacción social alguna.
Las terapias psicológicas en modo externo son efectivas a largo plazo si el paciente toma contacto con la enfermedad, hay medios de internamiento judiciales. A estas terapias vienen acompañados de familiares, puesto que la vigilancia a la que deben someterse es estricta las 24 horas del día, los familiares acuden a terapias paralelas de forma positiva para la recuperación del enfermo en la que las familias se reúnen, comparten experiencia y muestran las distintas técnicas de vigilancia y empatizan con el resto de familias en situaciones parecidas.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo resumen, la patología de Anorexia Nerviosa es muy compleja, requiere de un tratamiento multidisciplinar (psiquiatra, psicólogos, enfermera especialista en salud mental, técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, entre otros) y donde se incluya a su familia más cercana. Los programas voluntarios de internamiento que se vienen sucediendo en las distintas comunidades autónomas siguen directrices por enfermería de premios y castigos según logros pactados a la entrada del internamiento en el que entre la paciente y el equipo multidisciplinar que va a tratar de mejorar el trastorno de anorexia se llega a un acuerdo sobre el peso a alcanzar para su salida y los privilegios que alcanzará y le serán retirados en función de la suma y pérdida de peso que se vaya adquiriendo tanto como la adhesión al tratamiento, porque no siempre es posible alcanzar el peso estipulado dado el deterioro del organismo. 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-Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A., & Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. Revista cubana de pediatría, 72(4), 300-305. 2-Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de la

conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Revista en Internet], 156, 24-30.

## Capítulo 57

# ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL ATRAGANTAMIENTO INFANTIL

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

JULIA MARTÍN LUNA

## 1 Introducción

El atragantamiento es la incapacidad de respirar debido a que la tráquea se queda bloqueada o hinchada por cualquier objeto, pudiendo provocar la asfixia.

Una obstrucción de las vías aéreas ocurre por algún objeto que impide que el aire pase a las vías aéreas de los pulmones y salga de ellas. En los pacientes que sufren de asma, las vías aéreas tienen la posibilidad de obstruirse o bloquearse, porque se hinchan, se estrechan y se taponan con más facilidad.

Las vías aéreas obstruidas pueden ocasionar tos, sibilancia y falta de aire.
La asfixia por atragantamiento es un incidente alarmante y potencialmente mortal, que puede afectar gravemente a los niños en su etapa temprana de desarrollo. Se trata de un evento traumático que suscita preocupación tanto en padres como en cuidadores, y que demanda una respuesta inmediata y eficaz para evitar consecuencias graves.

Esta introducción se centra en el atragantamiento infantil y su impacto en la salud y seguridad de los niños en sus primeros años de vida.

Los cuerpos extraños más frecuentes en orden decreciente son los de origen vegetal, animal e inorgánico.

La supervivencia de una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria depende de la actuación rápida en el inicio de la reanimación por parte de la población. Además, la revisión del niño sano en la consulta de atención primaria es el primer contacto en una educación sanitaria por parte de los cuidadores.

## 2 Objetivos

Conocer la técnica de cómo se debe actuar frente a la presencia de cuerpo extraño en vía aérea tanto de un niño como de un adulto.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013 estuvieron diez niños hospitalizados en la unidad de reanimación y estabilización (URE) con el diagnóstico de obstrucción de la vía aérea por causa de la aspiración de un cuerpo extraño. En ese mismo tiempo se presenciaron 201.435 consultas en pediatría, de los cuales ingresaron 28.268 pacientes.

Un paciente con la vía aérea obstruida requiere de una atención inmediata, ya que la causa desencadenante es una parada cardiorrespiratoria (PCR) , lo que proporciona un fracaso respiratorio, y la obstrucción aguda de la vía aérea. El paciente reacciona rápidamente tosiendo para ver si puede ser expulsado. Una tos espontánea podría ser más segura y rápida que cualquier maniobra que pueda realizar un reanimador. En el caso de no ser efectiva la tos se asfixiaría el paciente y entraría en lo anteriormente comentado en una PCR.

Existen tres signos importantes que pueden hacer sospechar de la presencia de una obstrucción aguda de la vía aérea:
- El estridor.
- El aumento de esfuerzo respiratorio.
- Los cambios en la fonación.

La aspiración de un cuerpo extraño en muchas ocasiones en menores es por causa de un alimento, como pueden ser los frutos secos y pequeñas semillas.

Ante un niño inconsciente, se debe solicitar ayuda al 112. Se revisará si hubiese algún objeto en la boca (si fuese accesible, se extrae con los dedos en forma de gancho), se le abre la vía aérea con la maniobra frente-mentón y se procede a realizar la RCP.
Cada 2 minutos se debe comprobar la respiración y signos vitales.

Se debe recordar la necesidad de continuar persistiendo en la difusión general de las medidas de prevención primaria, como evitar la manipulación por parte de los niños de objetos que se pueden deshacer en partes pequeñas con facilidad.

## 5 Discusión-Conclusión

La mayor complicación de un atragantamiento que no se atienda rápidamente es la muerte porque el aire no llega a los pulmones, pero además debemos tener cuidado con los atragantamientos parciales, ya que pueden complicarse y pasar a ser una complicación total, siendo los más peligrosos.

Uno de los signos más característico del atragantamiento son las manos apretadas a la garganta.
Debido a que los atragantamientos son episodios muy peligrosos durante la infancia, es de vital importancia la implantación de programas de educación en dicha materia en centros escolares, mediante los cuales, los padres y profesores queden cualificados para actuar de forma segura y eficaz.

## 6 Bibliografía

1. Tremarin R, Gawleta F, Rocha DA. Teoria da Adaptação Sustentando o Cuidado de Enfermagem em Hospital Pediátrico: Um estudo de Caso. Cogitare. 2009; 14(3): 569.574.

2. Gimeno J, Gil F, Zandueta L, Rullán A. Inusual aspiración de cuerpo extraño. An Pediatr (Barc) 2013; 79(6):392-3.
3. Costa JS, Santos ML. Grupo de Adolescente Hospitalizados com Doença Crónica não transmissível como tecnologia de cuidado de enfermagem. Rev enferm UFPE on-line. 2016, 10(2): 508-14.
4. Esteban J, Sáinz A, Delgado R, Burgués P, González N, Elías J. Aspiración de cuerpos extraños en la infancia. Cir Pediatr 2007; 20(1):25-8.

## Capítulo 58

# ABORDAJE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ICTUS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

JULIA MARTÍN LUNA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

## 1 Introducción

Las unidades de ictus, también conocidas como unidades de ACV (accidente cerebrovascular), se han convertido en un elemento crucial en la atención médica de emergencia. Estas unidades especializadas están diseñadas para proporcionar un tratamiento rápido y especializado a pacientes que han sufrido un ictus, una condición médica potencialmente devastadora. En esta introducción, exploraremos la influencia significativa que estas unidades tienen en los resultados y pronósticos de los pacientes que enfrentan esta emergencia médica.

El ictus es una afección neurológica súbita que puede resultar en discapacidad grave o incluso la muerte si no se trata de manera efectiva y oportuna. Las Unidades de Ictus son entornos de atención médica altamente especializados que reúnen a un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, entre ellos, neurólogos, enfermeros, técnicos de radiología y terapeutas, para brindar atención de emergencia a los pacientes con ictus.

El papel del profesional de enfermería en la Unidad de Ictus es esencial. Los enfermeros son los encargados de realizar una evaluación continua de los signos

vitales del paciente, administrar medicamentos intravenosos, monitorear la función neurológica y proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares. Además, colaboran estrechamente con el equipo médico para garantizar la implementación rápida de tratamientos como la administración de fibrinolíticos o la realización de procedimientos endovasculares.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar y comprender la influencia de las unidades de ictus en los resultados de los pacientes que han sufrido un ictus. Se busca evaluar cómo la atención especializada, el tiempo de respuesta y los tratamientos disponibles en estas unidades impactan en la recuperación y el pronóstico de los pacientes. Además, se pretende destacar la importancia de estas unidades en la atención médica moderna y su papel en la reducción de las consecuencias a largo plazo del ictus.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los resultados de este análisis destacan la influencia positiva y sustancial de las unidades de ictus en la atención y los resultados de los pacientes que han experimentado un ictus. Estas unidades especializadas han demostrado tener un impacto significativo en la mejora de los pronósticos y la reducción de las secuelas relacionadas con el ictus.
Uno de los factores clave que contribuyen a este éxito es la atención temprana y especializada que se brinda en estas unidades. La velocidad con la que se diagnostica y trata el ictus es crítica, y las unidades de ictus están diseñadas para garantizar que el proceso de atención comience de manera inmediata. Esto incluye la realización de pruebas diagnósticas, como la tomografía computarizada

(TC) o la resonancia magnética (RM), para determinar el tipo y la ubicación del ictus, lo que permite la selección del tratamiento más adecuado.
La administración rápida de tratamientos específicos, como la terapia trombolítica con fibrinolíticos o la realización de procedimientos endovasculares, ha demostrado ser altamente efectiva en la restauración del flujo sanguíneo cerebral y la limitación del daño cerebral. El trabajo en equipo multidisciplinario, que involucra a neurólogos, enfermeros especializados en ictus y terapeutas, es esencial para garantizar la implementación rápida y precisa de estas intervenciones.
El seguimiento cercano de los pacientes durante su estadía en la unidad de ictus y en las etapas posteriores de su recuperación es fundamental para evaluar la respuesta al tratamiento y abordar cualquier complicación potencial. Los profesionales de enfermería en estas unidades desempeñan un papel crítico en la monitorización constante de los signos vitales, la administración de medicamentos y la provisión de apoyo emocional a los pacientes y sus familias.
En resumen, los resultados subrayan que las Unidades de Ictus han demostrado ser un componente esencial en la atención de pacientes con ictus. La atención temprana, el tratamiento específico y la colaboración multidisciplinaria en estas unidades contribuyen significativamente a la mejora de los resultados y la reducción de las secuelas.

## 5 Discusión-Conclusión

La discusión aborda las implicaciones de estos resultados y destaca la importancia crítica de las unidades de ictus en la atención médica de emergencia. Se enfatiza cómo estas unidades mejoran la calidad de vida de los pacientes, reducen la discapacidad a largo plazo y disminuyen la mortalidad asociada con el ictus. Además, se plantea la necesidad de una mayor concienciación sobre la importancia de estas unidades y la expansión de su acceso para garantizar que más pacientes se beneficien de sus resultados positivos. En conjunto, este informe resalta la influencia esencial de las U¡unidades de ictus en la atención de emergencia y la mejora de los resultados de los pacientes que enfrentan esta afección crítica.

## 6 Bibliografía

1. Martín, J. Revistas de la Universidad Nacional de Córdoba [Internet]. Comparación entre los sistemas de clasificación etiológica del accidente cerebrovascular

en pacientes que asisten al Sanatorio Allende Córdoba. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba; 2018, oct 2.
2. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet. 2016; 388(10046):761-75.
3. Bangalore S, Schwamm L, Smith EE, Singh IM, Liang L, Fonarou GC, et al. Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. Am J Med. 2014; 127(8):728-38.
4. Ministerio de salud. Ataque cerebrovascular [Internet]. 2017 oct 25.

## Capítulo 59

# MANEJO DEL TORNIQUETE EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA.

LAURA TRUJILLO SERRANO

Mª ELISABETH SERRANO MORA

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

## 1 Introducción

La necesidad del torniquete fuera de los centros sanitarios se puede presentar en cualquier momento y lugar. El torniquete ha tenido una extensa historia y ha supuesto controversia desde sus inicios hasta hoy en día. Su origen se encuentra en aplicación de compresión sobre un miembro afectado con el objetivo de reducir o detener el flujo sanguíneo hacia una extremidad y así colapsarlo evitando una hemorragia.

En el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, el shock hipovolémico es una de las principales causas de muerte a consecuencia de accidentes o traumatismos muy graves. Ello se debe a la rotura de grandes vasos, con lo cual, resulta interesante conocer si la utilización del torniquete es recomendado o, por el contrario, está contraindicado.

A lo largo de los años han surgido numerosos estudios e investigaciones que indican el uso de los torniquetes como primera medida para detener una grande hemorragia. En cambio, también han surgido estudios que defienden que el torniquete debería ser la última opción y solo debería utilizarse cuando todos los demás métodos de detección de hemorragias hayan fracasado.

El manejo extrahospitalario seguro de un torniquete se encuentra recogido en numerosas investigaciones que tienen en cuenta diversos factores como el diseño del torniquete, la zona a comprimir, la tensión que se utiliza y el tiempo de aplicación del mismo. También es cierto que el uso del torniquete está sometido a diversas complicaciones, entre las que destacan una colocación inadecuada, el tiempo colocado y a su mecanismo de acción principalmente. Pero lo imprescindible es que el torniquete cumpla una serie de requisitos necesarios. Deben ser resistentes y ligeros, eficaces en la detección de la hemorragia, de fácil manejo y rápida aplicación y que no precisen energía para su funcionamiento.

Normalmente, la necesidad de utilización del torniquete en la asistencia extrahospitalaria se da en el paciente politraumatizado, por ello es muy importante controlar las situaciones en las que se encuentran múltiples víctimas y priorizar en cuanto a otros problemas y otros heridos. Las situaciones de emergencia extrahospitalaria las encontramos diariamente y debemos saber cómo hay que actuar.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar el manejo del torniquete en la asistencia extrahospitalaria.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Tras comprobar diversas investigaciones podemos establecer que el manejo del torniquete en situaciones extrahospitalarias puede ser eficaz si su aplicación es precoz. Es cierto que el uso del torniquete siempre debe hacerse de forma adecuada, siguiendo los principios de seguridad y eficacia.

La mayoría de los estudios se ponen de acuerdo en que la primera indicación de los torniquetes es detener una hemorragia masiva de una extremidad con el objetivo de estabilizar al paciente para posteriormente realizar segundas intervenciones.

La mayoría de investigaciones afirman que el uso de este método no debe ser superior a los 60-90 minutos para que se considere seguro, aunque todo depende de la situación. Cuanto mayor sea el tiempo de aplicación, habrá mayor destrucción tisular y peores serán las consecuencias. También es de vital importancia una correcta aplicación, así como el tiempo que se emplea en ello (de 15 a 20 segundos). Se recomienda colocarlo en la zona más ancha de la extremidad y evitando la articulación.

Está comprobado que el uso del torniquete puede evitar la muerte por shock hipovolémico entre los pacientes, pero hay que ser estrictos con las recomendaciones. Si el torniquete se utiliza durante más tiempo del que debe usarse, se puede aumentar tanto la mortalidad como la morbilidad. Por lo tanto, una vez que se decide su colocación, se debe tener en cuenta la hora para saber los minutos de aplicación del mismo hasta que llegan los servicios sanitarios.

Algunas de las complicaciones importantes del uso de este dispositivo pueden ser la trombosis venosa profunda, lesiones cutáneas y nerviosas y necrosis muscular como consecuencia de la interrupción de la perfusión, lo que puede dar lugar a necesidad de amputación. Además, el dolor que produce a pesar de una colocación adecuada también es un problema importante. No obstante, es lógico que en la mayoría de pacientes en los que se realiza esta técnica es imprescindible la administración de un analgésico.

Se observa una grande evolución en el uso del torniquete, ya que actualmente se ha visto la importancia de detener una hemorragia para salvar la vida del paciente. Es muy importante conocer la colocación exacta de este dispositivo y que cuando la presión manual, así como el vendaje compresivo sobre la herida no es efectivo y hay una gran hemorragia, deberíamos valorar el manejo del mismo.

## 5 Discusión-Conclusión

Aún es cierto que existe mucha controversia sobre el tema. La mayoría de estudios defienden que el manejo del torniquete es una práctica fundamental en el control de grandes hemorragias y ha supuesto tener alta eficacia y seguridad siguiendo las correctas recomendaciones y haciendo un buen uso del dispositivo.

Actualmente, debemos tener en cuenta que si nos encontramos con una hemorragia masiva y la presión que ejercemos sobre la herida no cesa el flujo de sangre, la siguiente indicación podría ser la colocación del torniquete.

Las complicaciones del uso del dispositivo son atribuibles al estado crítico de los pacientes y no tanto a su utilización. Por lo tanto, cuando hay una amenaza en la vida del paciente a nivel extrahospitalario, el torniquete debería utilizarse cuando no hay otra forma de detener la hemorragia hasta la llegada de los servicios sanitarios, manteniéndolo durante el mínimo tiempo posible.

Esta situación la podemos extrapolar, por ejemplo, en la atención de accidentes con múltiples víctimas o desastres, donde la demanda asistencial supera los recursos existentes y prevalece la vida de las personas.

Es cierto que es necesario investigar más a fondo sobre el tema y así conseguir más datos sobre estudios más extensos sobre las indicaciones o contraindicaciones de su uso.

## 6 Bibliografía

1. Gerard S Doyle, Peter P Taillac. Los torniquetes: una revisión de sus indicaciones actuales con propuestas para la ampliación de su uso en el contexto prehospitalario. Elsevier [Internet] 2008. 1(4): 363-382. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola--44-articulo-los-torniquetes-una-revision-sus-13130845
2. Antonio G Carrero. Empleo del torniquete en el control de hemorragia. Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia. 2020. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/54868/1/PFG001197.pdf
3. Alonso M, Esteban X, Santillán A, Vila R. Utilización del torniquete en la asistencia extrahospitalaria: revisión sistemática. Emergencias. 2019. (31): 47-54. Disponible en: https://medes.com/publication/141456

## Capítulo 60

# LA CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

JUAN JOSE CHACON BELMAR

## 1 Introducción

La cardioversión eléctrica y desfibrilación, se tratan de procedimientos que actúan mediante una descarga eléctrica ante una arritmia cardíaca para devolver al corazón a la normalidad y restablecer el ritmo cardiaco sinusal. Su diferencia se basa en que en la cardioversión se sincroniza la descarga con la onda R y en la desfibrilación no se sincroniza.
Desde los siglos XVII y XIX se empleaba la terapia eléctrica para tratar algunas arritmias y hoy en día se considera el tratamiento de elección. Los primeros experimentos fueron con corazones de perros en 1850 al descubrir que se podía acabar con la fibrilación ventricular al inducir electricidad. En 1955, se desarrolló el primer desfibrilador externo seguro y eficaz.

La cardioversión y desfibrilación eléctrica se emplean en arritmias que pueden causar paro cardíaco como son la taquicardia ventricular o fibrilación ventricular, aunque también se usa en arritmias menos peligrosas como el flutter auricular, fibrilación auricular y cuando no pueda ser controlada mediante la cardioversión farmacológica.
Requiere personal especializado y preparado para el desarrollo del procedimiento porque aunque se trate de una técnica sencilla y poco cruenta, puede ser peligrosa si no se usa de manera adecuada tanto para el personal que realiza la cardioversión o desfibrilación eléctrica como para el paciente que recibe la descarga eléctrica.
Ante la presencia de una arritmia, se debe de ser lo más rápido y eficaz posible en interpretarla para poder llevar a cabo lo antes posible la cardioversión eléctrica y evitar complicaciones mayores como un paro cardíaco, es por ello que enfermería posee un papel muy importante debido a que suelen ser los primeros profesionales en localizar las arritmias debido al contacto continúo y más directo en los cuidados hacia el paciente.

## 2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación eléctrica.
- Explicar los cuidados que realiza enfermería cuando se lleva a cabo la cardioversión y desfibrilación eléctrica en un paciente.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 llevar a cabo la cardioversión eléctrica o desfibrilación, primero se debe de conocer y entender la anatomía y fisiología del corazón, qué es una arritmia y en qué situaciones se lleva a cabo dicha cardioversión o desfibrilación:

- El corazón, es un órgano que posee cuatro cavidades; las superiores se denominan aurícula izquierda y derecha, y las cavidades inferiores se denominan ventrículo izquierdo y derecho, y contribuyen junto con las válvulas cardíacas en el control del flujo sanguíneo por el corazón, hay cuatro válvulas cardíacas que son la tricúspide, pulmonar, mitral y aórtica. Dichas cavidades, también se ven involucradas en el sistema de conducción de los impulsos eléctricos generados por el miocardio.
- Los impulsos eléctricos generados por el músculo cardíaco (miocardio), permiten la contracción cardíaca y la conducción de la sangre a los pulmones y resto del cuerpo. La señal eléctrica se origina en el nódulo sinoauricular que se encuentra en la parte superior de la aurícula derecha, este nódulo también se denomina marcapasos natural del corazón. Los impulsos eléctricos que nacen en dicho nódulo, viajan hasta el nódulo auriculoventricular, dónde se produce la contracción auricular segundos antes que la ventricular. El impulso eléctrico sigue su viaje a través del canal de conducción Haz de His dividido en rama derecha e izquierda, llegando el estímulo eléctrico a ambos ventrículos.
- Una arritmia cardíaca, consiste en el trastorno de la conducción del impulso eléctrico cardíaco que da lugar a alteraciones en el ritmo normal del corazón, bien por taquicardia o bradicardia.
- Las arritmias más frecuentes que necesitan cardioversión eléctrica o desfibrilación eléctrica son:
- Fibrilación auricular: Se trata de un ritmo cardíaco irregular, muy rápido, 100-175 latidos por minuto (lpm) o incluso 350-650 lpm, donde las cavidades superiores del corazón (aurículas), laten de forma caótica e irregular sin sincronizarse con las cavidades inferiores (ventrículos). En el electrocardiograma no se ven ondas P, ya que no funciona el nodo sinoauricular, el complejo QRS es normal. Se trata de la arritmia que se cardiovierte con mayor frecuencia, comenzando con descargas de 100 Julios (J) en monofásico y 25 o 50J en bifásico.
- Flutter auricular: La contracción auricular es ineficaz por despolarizaciones a una frecuencia muy rápida (250-300 lpm) por una reentrada en el istmo cavotricuspídeo. En el electrocardiograma aparecen unas ondas anchas y regulares que distorsionan la línea de base en "dientes de sierra", el complejo QRS es normal. Responde bien a dosis bajas de energía (25-50J con onda bifásica o 50-100 J con monofásica).
- Taquicardia ventricular: arritmia causada por señales eléctricas anormales en las cavidades inferiores del corazón (ventrículos), por debajo del Haz de His. Que causa un latido cardíaco rápido de más de 100 latidos por minuto (100-200 lpm). En el electrocardiograma, las ondas P normalmente están tapadas por el complejo

QRS que son anchos. La taquicardia ventricular estable puede cardiovertirse con tan solo 25 o 50 J, pero se recomiendan dosis mayores para evitar las descargas de repetición de 100-200J.

- Fibrilación ventricular: en este tipo de arritmia los ventrículos se contraen de forma independiente de las aurículas, de forma caótica y desorganizada. Es una situación de parada cardiorrespiratoria. En el electrocardiograma es imposible localizar el complejo QRS, no existe ritmo, solo ondas caóticas e irregulares. Este ritmo cursa siempre sin pulso. El tratamiento precoz es la desfibrilación precoz y no la cardioversión. Se recomienda una desfibrilación de 120 a 200J con desfibrilador bifásico y de 300 a 360J con monofásico.

La cardioversión y la desfibrilación, son procedimientos distintos, pero ambos se utilizan para proporcionar al corazón una descarga eléctrica con el fin de revertir arritmias. La diferencia es que, en la cardioversión, se usa cuando existe ritmo ventricular y se debe de sincronizar para que la descarga coincida con la onda R y evitar que coincida con la onda T o repolarización de los ventrículos, ya que en el caso contrario de no sincronizar, podemos provocar una arritmia ventricular, y en la desfibrilación, por el contrario, no se debe de sincronizar la descarga al ser un ritmo ventricular caótico. Además, en una cardioversión, las descargas suelen requerir menos energía que en una desfibrilación.

Solamente se desfibrilan la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sostenida, en casos de arritmias como son la taquicardia auricular paroxística, flutter auricular, fibrilación auricular y taquicardia ventricular con pulso, se cardiovierten.

Muchos estudios han publicado que los profesionales de enfermería, en la mayoría de los casos, se encuentran sin ningún médico justo en el momento inicial de cuando el paciente está sufriendo una arritmia, esto se debe al contacto continuo e ininterrumpido de los cuidados de enfermería hacia los pacientes, por ello, debemos de vigilar en todo el momento las posibles alteraciones en la monitorización del electrocardiograma o en los síntomas o signos que indiquen que el paciente esté sufriendo una arritmia para poder actuar rápidamente y avisar al médico/a. Además, es responsabilidad de enfermería revisar frecuentemente que el material a utilizar en una cardioversión y desfibrilación, está disponible y en óptimas condiciones.

Pasos a seguir en la cardioversión y desfibrilación como profesiones de enfermería:

- Cuando el enfermero/a detecta una arritmia, informa al médico rápidamente y si contamos con más compañeros, otro simultáneamente se encarga de llevar el desfibrilador hacia el paciente y colocar los electrodos para monitorizar al paciente

con el desfibrilador y si la desfibrilación se va a realizar con parches, colocarlos; uno en el tórax derecho del paciente, a unos centímetros del esternón por debajo de la clavícula, 2º espacio intercostal y otro en la parte lateral del tórax izquierdo aproximadamente donde la línea axilar media, en el 5º espacio intercostal.
- Si es posible, se debe de anticoagular y sedar al paciente antes del procedimiento por pauta médica, ya que es un procedimiento doloroso. Canalizar vías venosas periféricas si el paciente no posee.
- Retirar las prótesis dentales y objetos metálicos.
- Interrumpir la ventilación mecánica si el paciente está conectado a un respirador y conectarle a un ambú.
- Aplicar gel conductor en las palas para evitar quemaduras en el paciente, si no se dispone de gel conductor, se pueden colocar dos compresas humedecidas con suero fisiológico en el lugar donde se va a realizar la descarga y colocar las palas encima. El lugar de colocación de las palas es el mismo que para los parches, explicado unos puntos atrás.
- Vigilar que nadie toque al paciente ni nada situado cerca de él para evitar complicaciones hacia los profesionales sanitarios que intervienen en el procedimiento. Se debe de avisar antes de la descarga.
- Seleccionar la energía de choque que nos indique el médico y este se encargará de emitir la descarga eléctrica pulsando a los botones del desfibrilador o palas. Seleccionar modo sincronizado si se va a realizar cardioversión en lugar de desfibrilación.
- Se controlarán las constantes vitales durante el procedimiento y se registrarán si fuera necesario.
- En situaciones donde el médico no viene con rapidez, los profesionales de enfermería encargados de detectar la arritmia, deben de realizar la descarga eléctrica para evitar situaciones peores en el paciente como parada cardíaca o finalmente muerte por no llevar a cabo una desfibrilación precoz.
- Si el paciente entra en parada cardiorrespiratoria tras la arritmia, realizar masaje cardíaco.
- Si el paciente revierte a ritmo sinusal, se considerará efectiva la cardioversión o desfibrilación, pero si no revierte, puede ser necesario realizar más de una descarga eléctrica.

## 5 Discusión-Conclusión

No se debe de confundir cardioversión eléctrica y desfibrilación porque, aunque ambos tienen el mismo fin que es actuar con una descarga eléctrica ante una

arritmia para devolver al corazón a su ritmo cardíaco normal, el procedimiento es distinto al ser usados en distintas arritmias, con una energía diferente y con sincronización con la onda R del electrocardiograma en caso de cardioversión y sin sincronización en caso de desfibrilación.

Los enfermeros deben de estar correctamente formados para conocer las arritmias y saberlas detectar en el electrocardiograma para poder avisar al médico en su ausencia y actuar rápidamente, ya que son partícipes en cada uno de los pasos del procedimiento y los únicos/as capaces de prevenir complicaciones mayores como parada cardiorrespiratoria o una arritmia de mayor cuantía debido a una actuación precoz por el contacto continuo en sus cuidados hacia los pacientes.

No solo es importante conocer los pasos a seguir en la cardioversión o desfibrilación, sino también entender la anatomía y fisiología del corazón para comprender las arritmias y ser más efectivos en todo el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación.

Cardiovertir y desfibrilar, no son solo técnicas y funciones médicas, también implican a profesionales de enfermería, ya que en ausencia de médicos o incluso en la calle, si existe desfibrilador disponible, son los que deben de realizar la descarga eléctrica para evitar la muerte del paciente/persona. Por lo que debe de conocer correctamente el funcionamiento del desfibrilador y no solo limitarse a los cuidados a seguir durante el procedimiento de la desfibrilación realizada por un médico.

Las funciones de enfermería ante una arritmia en un paciente son muy importantes, ya que pueden salvar la vida del paciente y evitar consecuencias negativas para el paciente. Ejemplo: si el material con el que se va a realizar la cardioversión o desfibrilación no se encuentra en condiciones óptimas por fallo en la revisión, puede dar lugar a consecuencias graves hacia el paciente, o si por ejemplo no se aplica gel conductor o no se humedecen las compresas, se pueden producir quemaduras en el paciente, si no se colocan los parches en el lugar correcto, puede ser que la descarga no sea efectiva… Es por ello que los cuidados de enfermería durante la cardioversión y desfibrilación, son fundamentales.

## 6 Bibliografía

1. Orjuela Guerrero A. Cardioversión eléctrica en fibrilación auricular. Revista Colombiana de Cardiología. Elsevier. [revista en Internet] 2016 [Acceso 15 de julio de 2023]; 23 (S5): [57-64]. Disponible en: https://www.elsevier.es/revista-colombiana-cardiologia-203-
artículo-cardioversión-eléctrica-fibrilación-auricular-S0120563316301644.

2. Biblioteca Nacional de Medicina. MedlinePlus. Cardioversión. [actualizada el 5 de agosto de 2022; acceso 16 julio de 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007110.htm.
3. Ortiz Escusol I, Munera Cabello L, Fernández Navarro B, Navarro Muñoz R, González González C, Cadena Gómez S. Cardioversión eléctrica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 29 diciembre, 2019. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cardioversion-electrica/.
4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
5. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 61

# EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES Y EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO A ESTUDIO POR ENFERMERÍA.

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

JUAN JOSE CHACON BELMAR

## 1 Introducción

Los esteroides anabólicos (EAS) son un grupo de sustancias de tipo sintético derivadas de la testosterona, las cuales son empleadas comúnmente por los deportistas y aficionados al deporte debido a su potencial para aumentar la masa muscular y conseguir un aumento del rendimiento deportivo.
Este tipo de sustancias cada vez son empleadas en mayor medida por un elevado número de personas, estimándose el número de usuarios en alrededor de 10 millones a nivel mundial. Se estima que solamente en Estados Unidos entre 2.9 y 4 millones de personas han usado este tipo de sustancias en cantidades que se encuentran por encima de la dosis fisiológica.

Este tipo de fármacos suelen emplearse en situaciones normales para paliar los efectos de diversas enfermedades como pueden ser la osteoporosis, la caquexia, el hipogonadismo, diversos tipos de cáncer o VIH, entre otros. Cuando son empleados por deportistas, sin supervisión y en dosis por encima de las recomendadas, suelen dar pie a que aparezcan alteraciones como son la hipertrofia de ventricular izquierda, trombosis, hipertensión, arritmias, vasoespasmos y en los casos más extremos infartos agudos de miocardio (IAM), debido al aumento de riesgo isquémico por el aumento de colesterol LDL y disminución del HDL entre otros.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es ampliar conocimientos sobre cómo pueden afectar las sustancias anabólicas empleadas por deportistas al corazón y la relación que pueden tener con la aparición de IAM.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

En un estudio de casos y controles publicado por Lichtenfeld et al analizar el caso de un niño de 13 años que fallece mientras realizaba deporte en un campamento. El electrocardiograma realizado por el personal sanitario a su llegada mostraba hipertrofia ventricular izquierda e inversión de la onda T en el área infra lateral. La autopsia revela que el paciente presentaba una cardiomegalia con un corazón que pasaba 465 g, hipertrofia septal, un aumento del tejido graso alrededor del corazón. Los autores señalan que no pudo demostrarse que el paciente consumiera EAS, ya que al tiempo de iniciar la sospecha no se podía extraer una muestra de sangre. El motivo de sospecha es la presencia de hipogonadismo, infiltración de grasa en el hígado, así como un tamaño muscular desorbitado en el tren superior y los hallazgos cardíacos mencionados anteriormente.

Por otro lado, en una investigación realizada por Fineschi et al. Se estudian dos casos: uno de ellos, un fisicoculturista de 32 años, el cual falleció de forma repentina en una sesión en el gimnasio, con un historial de consumo de EAS que incluía testosterona propionato, nandrolona y Estanozolol. La autopsia desveló una zona grisácea correspondiente a una isquemia en la parte antero-lateral del ventrículo izquierdo. En el otro caso, un fisicoculturistas de 29 años de edad es hallado muerto en su apartamento una mañana. La familia informa al personal sanitario que el paciente consumía EAS desde hace meses, en concreto Nandrolona y Estanozolol. Durante la autopsia no se encuentran hallazgos significativos que indiquen una relación entre el consumo de EAS y el fallecimiento del paciente.
En otro artículo publicado por Hernández-Guerra et al investigar un caso de un paciente de 24 años, usuario de EAS entre los que se incluían Estanozolol, testosterona, Tamoxifeno, Mesterelona y nandrolona, que sufre una parada cardiorrespiratoria mientras se bañaba en su casa. El paciente no presentaba antecedentes de dislipidemia, ni de aterosclerosis, ni de consumo de drogas, únicamente un episodio de dolor precordial meses atrás. Durante la autopsia se halla que el paciente presentaba edema agudo de pulmón (EAP), cardiomegalia, hipertrofia muscular y congestión multiorgánica, entre otros. Se objetiva que las arterias pulmonares presentaban ateroesclerosis severa, con trombosis oclusiva en la rama anterior descendente, así como la presencia de IAM en el tercio anterior del septo cardiaco y en la pared anterior del ventrículo izquierdo. Se establece como causa de la muerte IAM con ateroesclerosis severa y trombosis aguda.

## 5 Discusión-Conclusión

El uso desmedido y crónico de los EAS puede causar cambios en la fisiología del organismo que conlleven la aparición de alteraciones patológicas, las cuales pueden ser fatales.
Estos cambios producidos en el organismo por los EAS conllevan que alteraciones como puede ser el aumento del colesterol LDL y disminución del HDL, que den lugar a la aparición de un IAM por el aumentado riesgo de ateroesclerosis.
Desde 1988 hasta 2019, únicamente un total de 19 casos fatales que pudieran indicar una relación entre el consumo de EAS y el IAM han sido estudiados en la literatura médica, lo que hace necesario continuar estudiando una posible relación entre ambos.
Es destacable reseñar que de los 19 casos descritos en la literatura de IAM relacionado con el consumo de EAS, únicamente 2 de ellos corresponden a mujeres

y 17 de ellos fueron hombres.
Cabe concluir que los hallazgos en los casos estudiados muestran una muy probable relación entre el consumo de este tipo de sustancias y el riesgo cardiovascular y, con ello, la aparición de un IAM.
Debido a la gravedad y severidad de un evento como es el IAM, resulta dificultoso obtener gran cantidad de casos que puedan aplicarse en la literatura sanitaria para obtener una relación mayor entre ambos hechos. Lo que se puede extrapolar de las investigaciones ya realizadas es que la acción que este tipo de sustancias tiene sobre el organismo da lugar a cambios que suponen un elevado riesgo de padecer un IAM.
El papel de la enfermería ante este tipo de casos es primordial, enfocándose principalmente en su actuación desde una perspectiva de educación sanitaria, desincentivando el uso de estas sustancias, lastimosamente usadas cada día más.
Es vital como enfermeros poner el foco sobre los efectos adversos que estas sustancias pueden acarrear y enseñar a la población, especialmente a la población joven, lo perjudiciales que pueden ser para nuestra salud. Además, sería crucial también enseñar a identificar los signos y síntomas de las patologías que el uso de estas sustancias pueden llegar a provocar, con el fin de conseguir una detección precoz y aumentar la tasa de supervivencia entre los usuarios de EAS.

## 6 Bibliografía

1. Frati P, Busardó FP, Cipolloni L, De Dominicis F, Fineschi V. Anabolic Androgenic Steroid (AAS) Related Deaths: Autoptic, Histopathological and Toxicological Findings - PMC. Curr Neuropharmacol. 2015;13:146-59.
2. Fineschi V, Baroldi G, Monciotti F, Reattelli LP, Turillazzi E. Anabolic Steroid Abuse and Cardiac Sudden Death: A Pathologic Study. Arch Pathol Lab Med. 1 de febrero de 2001;125(2):253-5.
3. Torrisi M, Pennisi G, Russo I, Amico F, Esposito M, Liberto A, et al. Sudden Cardiac Death in Anabolic-Androgenic Steroid Users: A Literature Review. Medicina (Mex). noviembre de 2020;56(11):587.
740
4. Hernández-Guerra AI, Tapia J, Menéndez-Quintanal LM, Lucena JS. Sudden cardiac death in anabolic androgenic steroids abuse: case report and literature review. Forensic Sci Res. 19 de agosto de 2019;4(3):267-73.
5. H.M. Nascimento J, Medei E. Cardiac Effects of Anabolic Steroids: Hypertrophy,

Ischemia and Electrical Remodelling as Potential Triggers of Sudden Death. MiniRev Med Chem. 1 de mayo de 2011;11(5):425-9.
6. Farzam K, Rajasurya V, Ahmad T. Sudden Death in Athletes. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539708/
7. Lichtenfeld J, Deal BJ, Crawford S. Sudden cardiac arrest following ventricular fibrillation attributed to anabolic steroid use in an adolescent. Cardiol Young. junio de 2016;26(5):996-8.

## Capítulo 62

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE UN DRENAJE.

EVA LOPEZ AGUDO

ROBERTO PARDO PARDO

JOSE ANTONIO CACERES LORENTE

RICARDO BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

JUAN JOSE CHACON BELMAR

## 1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.
Siempre que nos surge algún problema de salud, queremos ser atendidos en el mejor centro médico y por el mejor personal sanitario.
Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.
A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está más o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.
Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son: hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.
En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante un drenaje.
Los drenajes son todo tipo de dispositivo o material que están destinados a la evacuación de secreciones o gases acumulados por diversas causas, como puede ser una cirugía, un absceso o un traumatismo, estos, comunican la zona en la que está alojado el acúmulo con el exterior.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería ante un drenaje.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Ya hemos visto anteriormente en qué consiste un drenaje a grandes rasgos y para qué se utiliza, actualmente podemos clasificar a los drenajes en dos grandes grupos, según su mecanismo de actuación: drenajes pasivos y drenajes activos.

Los drenajes pasivos son aquellos tipos de drenajes que no necesitan de una fuerza externa de succión para ejercer su actividad, sino que estos actúan por acción de la propia gravedad o bien por capilaridad. Normalmente, este tipo de drenaje es utilizado cuando la cantidad de líquido a evacuar no es demasiado abundante y cuando su consistencia es lo suficientemente líquida. Cabe destacar entre este tipo de drenajes, el drenaje Penrose, la gasa en mecha, el Kehr, el drenaje pleural o el Robinson.

En cuanto a los drenajes activos, son aquellos drenajes que emplean una técnica de succión para el drenaje de la cavidad deseada, normalmente son drenajes más rígidos que los pasivos, y pueden además estar conectados a sistemas de succión, los drenajes más característicos de este tipo incluyen el drenaje de Redón, el Jackson-Pratt o el Pleurevac entre otros.

Según su finalidad, los drenajes pueden ser preventivos, teniendo estos como finalidad la exclusiva evacuación de líquidos o gases, evitando una excesiva acumulación y posibles infecciones o terapéuticos, que además de también eliminar al exterior estas mismas acumulaciones, nos permite la administración de medicación por ellos.

En cuanto a los cuidados de enfermería a la hora de manejar drenajes en paciente, cabe destacar ciertas normas de carácter general:
- Siempre se ha de manipular el drenaje tras una correcta técnica de lavado de manos, y siempre utilizaremos guantes para la manipulación, pudiendo utilizarse guantes no estériles.
- Valorar continuamente el estado de la piel circundante al punto de punción, prestando especial atención a signos que indiquen infección, como eritema, calor a la palpación o exudado.
- Se realizará al menos una cura diaria en la zona de inserción del drenaje
- Se ha de tratar de evitar tracciones bruscas que puedan suponer la extracción accidental del drenaje, prestando especial atención a pacientes confusos o en situación de delirio.
- Siempre hemos de llevar un registro de la cantidad de contenido drenado, así como su apariencia, pudiendo distinguir entre hemático, serohemático, seroso, biliar, purulento y fecaloide, entre otros.
- Comprobar que el drenaje esté permeable, evitando pinzamientos, desconexiones y comprobando que en los sistemas activos, como por ejemplo el drenaje de Redón mantienen el vacío.
- Asegurarse de vaciar el drenaje una vez el colector se encuentre lleno, de lo contrario no podrá seguir drenando contenido.

## 5 Discusión-Conclusión

Para un buen cuidado de los drenajes, es imprescindible que la enfermera conozca bien los tipos de drenaje y su correcta utilización, especialmente si se trabaja en un servicio quirúrgico de cualquier especialidad, o área de cuidados críticos, ya que estos son comúnmente utilizados tras las intervenciones quirúrgicas.

Como ya hemos mencionado en la introducción, el personal de enfermería es aquel profesional sanitario cuya función es atender de la mejor manera posible a los pacientes que acuden al centro sanitario.
Para ello, es muy importante que este personal de enfermería no solo tenga los conocimientos necesarios para ello, sino que ha de tener una gran vocación por el servicio que presta.
El personal de enfermería está preparado para actuar en distintas áreas de un centro hospitalario.
Para finalizar, decir que es muy importante la formación que haya recibido el personal de enfermería, ya que la vida de muchas personas va a estar en sus manos.

# 6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 63

# ENFERMERÍA EN EL CUIDADOS DE PACIENTES PARA QUE NO SE LE FORME TROMBOFLEBITIS.

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

## 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 objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la prevención de la aparición de flebitis en pacientes con catéteres venosos periféricos en los centros hospitalarios

## 3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca de la prevención de la aparición de flebitis en pacientes con catéteres venosos periféricos, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes referentes al tema a tratar, como por ejemplo: páginas web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

## 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 64

# PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR GOLPE DE CALOR Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

## 1 Introducción

En verano, una de las sintomatologías más frecuentes 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.

El golpe de calor 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 y cerebro, cuanto

más tarde se traslade el paciente a un servicio de urgencias más grave puede estar.
La sintomatología de un golpe de calor puede 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 más 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 y 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 de facultativo 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 cardiaca 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 realizará 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, cardiacas, 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 más 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. 00007 hipertermia [Internet]. Notas de Enfermería. Axel Hernández; 2022.
3. 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 65

# PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA SIMÓN CABRERA

ESTEFANIA MUÑOZ OÑATE

NIEVES TENA DEL POZO

EVA GARCÍA RODRÍGUEZ

CARLOTA SERRANO LÓPEZ

## 1 Introducción

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un fenómeno clínico caracterizado por somnolencia diurna, ronquidos nocturnos y tendencia al sobrepeso. Existen miles de pacientes en la actualidad diagnosticados con el síndrome de SAOS. Actualmente, se sabe que la obstrucción de las vías respiratorias juega un papel clave en el desarrollo de esta enfermedad.
Con lo cual es importante identificar precozmente la patología y poner cuidados inmediatamente.
El SAOS es un problema de salud importante que es mucho más común de lo que generalmente se cree. Descrito por primera vez en 1965, este trastorno se caracteriza por pausas frecuentes en la respiración (apnea) causadas por el sueño.

Existen una serie de síntomas y signos que los familiares pueden identificar al observar al paciente y que en la primera consulta comentan que son: ronquidos, en los que se nota pausas de apnea, los movimientos corporales excesivos, el paciente busca la posición inconscientemente durante el sueño para favorecer la respiración y correcta saturación. En muchas ocasiones también aparece los cambios de personalidad, el paciente se despierta cansado sin haber descansado, con lo cual está enfadado, alterado e incluso agresivo verbalmente, y otro factor que puede aparecer es la somniloquia (hablar dormido).

## 2 Objetivos

- Dar a conocer qué tipo de intervenciones y cuidados básicos puede ofrecer o administrar enfermería a un paciente con síndrome de SAOS.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: enfermedad, cuidados, enfermería, obstructivo.

## 4 Resultados

Veremos cuál es el proceso de enfermería ante los pacientes con el síndrome de apnea obstructiva, que es una patología que no ayuda a la hora de hacer diferentes pruebas médicas.
En muchos artículos nos indican que el papel de la enfermería en muchos de estos pacientes no está muy definido. Para ello es importante aumentar los conocimientos sobre esta patología para poder ayudar a este paciente y sus familiares. Para ello entrevistará a ambos para conocer los síntomas que ven cada uno de ellos.
El paciente notará disnea, cefaleas matutinas (no descansa ni oxigena correctamente), sequedad de boca (ya que tiende a dejar abierta la boca para intentar respirar durante el sueño) etc.
Para ello, la enfermería utilizará escalas validadas, en las que realizará una entrevista e identificación de sintomatología y complicaciones en el paciente con

SAOS.
Ante todo, deberá ser imperativo que el sujeto sea debidamente evaluado y determinado si es susceptible al SAOS.
Una de las funciones del profesional de enfermería es la documentación y seguimiento de pacientes con patologías (HTA, deterioro cognitivo, riesgo cardiovascular, etc.) que disponen de cuestionarios y escalas validados que representan el estado de salud del paciente.
La escala de somnolencia de Epworth 5 es un método subjetivo para medir la ESD y consiste en un cuestionario que consta de una serie de condiciones que evalúan la propensión a conciliar el sueño. Las respuestas se puntuaron de 0 a 3, siendo 0 cero somnolencia y 3 somnolencias máximas.
El resultado de la prueba es la suma de los valores de cada una de las ocho preguntas, dando una puntuación posible que va de 0 a 24. Una puntuación total inferior a 12 se considera normal y una puntuación total superior a 12 se considera patológica.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que en el paciente con SAOS 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.
Se resalta la importancia del empleo de escalas validadas para poder interpretar los datos e indicar si realmente existe la posibilidad de que este paciente presente SAOS.

## 6 Bibliografía

1. Ye J. Emerging role of adipose tissue hypoxia in obesity and insulin resistance. Int J Obes (Lond) 2009; 33:54-66.
2. 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.
3. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Evaluación del síndrome de apneahipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) mediante instrumentos de medi-

ción como escalas y fórmulas matemáticas. Revista de la Facultad de Medicina. 2017;65(1Sup):57-90.

## Capítulo 66

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO

Mª ELISABETH SERRANO MORA

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

## 1 Introducción

Comenzaremos con la definición de varios términos como son reacción alérgica, anafilaxia y shock anafiláctico:
Reacción alérgica: es la respuesta inmune específica (hipersensibilidad) que se produce cuando una sustancia (alérgeno) entra en contacto con el individuo, ya sea por vía respiratoria, digestiva o por inyección. Las causas más frecuentes son: fármacos, alimentos, picaduras, epitelios y látex.

Anafilaxia: Es una reacción alérgica grave en la cual se ven afectados varios sistemas orgánicos, es de instauración rápida y puede llegar a causar la muerte.

Shock anafiláctico: Es una reacción alérgica grave que afecta a varios sistemas orgánicos que cursa con una disminución de la resistencia vascular (hipotensión).

Tanto la anafilaxia como el shock anafiláctico son causados por la liberación exagerada de mediadores químicos como son los mastocitos, basófilos e histamina.

A nivel inmunológico, el sistema inmunitario producirá un anticuerpo como respuesta al factor o agente que el organismo siente como amenaza, este anticuerpo es la IgE.
El shock anafiláctico se puede producir a los pocos segundos de que el alérgeno entre en contacto con el individuo, van a aparecer una serie de síntomas que nos ayudan a identificarlo, estos son: náusea, dificultad respiratoria (brocoespasmo), taquicardia, ansiedad, sequedad de boca, prurito, erupciones cutáneas, ardor o parestesias en la lengua, urticaria, angioedema de párpados.
Los signos típicos de un shock anafiláctico son: dilatación de los vasos sanguíneos, hipotensión, taquicardia en el comienzo que luego evoluciona a bradicardia, pérdida de conciencia.
Si el shock anafiláctico no se trata de forma rápida, puede causar la muerte.

## 2 Objetivos

- Identificar los síntomas en caso de shock anafiláctico.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La enfermera juega un papel muy importante ya que debe transmitir al paciente tranquilidad. El paciente debe estar lo más tranquilo posible para ello se le informará de lo que está ocurriendo pero de una forma sencilla y no alarmista, también se le explicará que cuanto más tranquilo y colaborador se encuentre la reacción se solucionará de forma más rápida y eficaz y le advertiremos de algunos efectos que puede tener como consecuencia de la administración de algunos fármacos como pueden ser taquicardia en el caso de la Adrenalina, somnolencia por el Polaramine, temblores por el Ventolín…
Después colocaremos al paciente decúbito supino, en el caso de que presente hipotensión se elevarán las piernas, en el caso de que vomite se colocará con la

cabeza hacia un lado.
Nos aseguremos de que la vía aérea este despejada, no haya vómitos, dentadura postiza, resto de comida…si nos encontramos con alguna de estas situaciones nos dispondremos a retirarla y así despejar la vía aérea. Retiraremos las prendas de vestir que le puedan ocasionar presión, como puede ser corbatas, cinturones, camisa…

A continuación y siempre bajo indicación médica, el tratamiento ante un shock anafiláctico va atener unas pautas como son:
Tratamiento inmediato: Una vez que se sospeche de una reacción anafiláctica se procederá a la administración de Adrenalina siempre y cuando no esté contraindicado (hipertensión arterial severa, frecuencia cardiaca mayor de 140 latidos/minutos, arritmias cardiacas, hipertiroidismo no tratado.). La forma de administrarla será vía subcutánea en brazo o muslo.
En caso de hipotensión: Se administrará Adrenalina vía subcutánea y a continuación se canalizara una vía intravenosa de gran calibre para la administración de líquidos (Sueros salinos isotónicos, glucosalinos, expansores del plasma) por esta vía para mantener buenas cifras de tensión arterial. Al paciente lo colocaremós como hemos dicho anteriormente con la piernas elevadas (Posición Trendelemburg.).
En caso de edema de laringe: Mantendremos las vías respiratorias libres, administraremos Adrenalina vía subcutánea además de corticoides y antihistamínicos vía intravenosa. En el caso de que la inflamación no ceda habrá que llegar a la intubación, está puede llegar a ser dificultosa, en este caso habrá que llevar a cabo una traqueotomía.
En caso de broncoespasmo: Administraremos oxigenoterapia, ya sea por cánula nasal, mascarilla venturi, mascarilla reservorio…, usaremos una u otra dependiendo de la saturación de oxígeno que presente el paciente así como los síntomas que observemos como puede ser la cianosis. En los casos de broncoespasmos podemos diferenciar algunos tipos de crisis como pueden ser: crisis leves en las cuáles administraremos Ventolín o Terbasmín por vía inhalatoria; crisis moderadas o que el tratamiento anterior no tenga respuesta administraremos Adrenalina vía subcutánea en adultos Ventolín inhalado o nebulizado o incluso de forma subcutánea en ambos brazos, en el caso de los niños el Ventolín será nebulizado y si fuera necesario Aminofilina intravenosa ( se administrara de forma lenta.).
En casos de síntomas cutáneos (prurito, eritema, urticaria), gastrointestinales, genitourinarios: Además de la administración de Adrenalina se le asociarán antihistamínicos; en los casos graves la vía de administración será la intravenosa y

en casos leves la vía de administración será la oral.
El antihistamínico de primera elección ya sea para adultos como para niños, que utilizaremos en un caso se shock anafiláctico es el Polaramine (Dexclorfeniramina).En el caso de los corticoides no son de primera elección en la anafilaxia si no que se utilizan para el tratamiento de síntomas tardíos, recidivas, urticaria persistente, angioedema persistente, una vez resulta la reacción aguda, en broncoespasmos o pacientes asmáticos tratados anteriormente con estos. Los corticoides ayudan a mejorar la respuesta de la Adrenalina. Los que con mayor frecuencia se usan son Actocortina (Hidrocortisona) y Urbason (Metilprednisolona).
Siempre que exista la situación de emergencia monitorizaremos los signos vitales del individuo, tendremos un carro de parada cerca (siempre que sea posible), iniciaremos las maniobras de reanimación cardio pulmonar(RCP) en caso de parada cardio pulmonar y acompañaremos al paciente a la UCI ( en el caso de que sea necesario.)
Haremos un registro de los cuidados en el cual anotaremos en las observaciones de Enfermería la reacción anafiláctica que sea producido, esta anotación incluirá desde los síntomas que ha presentado el paciente, el alérgeno que creemos que puede haber causado la reacción, la vía de contacto con el alérgeno, la cantidad (en el caso de que sea posible cuantificar como puede ser alimento, fármaco…) y el tiempo que ha pasado desde el contacto con la sustancia y la aparición de los síntomas.
Anotaremos en todos los documentos (hoja de tratamiento, hoja de plan de cuidados, hoja de valoración de enfermería, etc…) las sustancias a las que el paciente es alérgico.
En la hoja de medicación anotaremos todos los medicamentos que hemos administrado, tanto dosis, vía de administración, fecha y hora en la cual la hemos administrado durante la reacción.
Y por supuesto anotaremos en la gráfica los signos vitales que ha presentado el paciente durante la reacción.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la coordinación del equipo y la correcta actuación durante un shock anafiláctico. Por ello es de gran importancia en que haya un Protocolo de Actuación ante una Reacción Anafiláctica.
El material y la medicación necesaria para atender una reacción anafiláctica debe estar siempre preparado y en correcto estado.

Debemos hacer una historia clínica completa para poder identificar el alérgeno que ha podido causar la reacción.
Enseñaremos al paciente a que evite las sustancias que pueden causarle una reacción alérgica (medicamentos, alimentos, venenos de picaduras, etc…), así como el que revise las etiqueta de alimentos o medicamentos para evitar las sustancias nocivas para él.
Enseñar al paciente a la auto-administración de Adrenalina en el caso de que fuera necesario, así como familiares. Además le recomendaremos al paciente que lleve algún colgante o tarjeta en la cual ponga su condición de alérgico y que éste se lo comunique a sus amigos, compañeros de trabajo y familiares para que ellos actúen de forma adecuada en el caso de que fuera necesario.

# 6 Bibliografía

1. Codem.es. [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/1E328667-6F9F-4FD8-8690-180F0F6EFE1A/2bb4e826-3af0-456c-8845-0dbd8964b25c/Shock_anfilactico_2.pdf.
2. Plan de cuidados de Enfermería en urgencias en un paciente con shock anafiláctico [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2017 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-shock-anafilactico/.
3. de Enfermería Ocronos RM y. Cuidados de Enfermería en el shock anafiláctico [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2020 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-shock-anafilactico/.
4. Investigación RS. Papel de la enfermera escolar en caso de anafilaxia [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-la-enfermera-escolar-en-caso-de-anafilaxia/.
5. Sendler I. Planes de atención de enfermería para de choque anafiláctico [Internet]. Enfermería Virtual. ahernandez; 2021 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://enfermeriavirtual.com/pae-choque-anafilactico/.
6. Plan De Cuidado Enfermería Para Anafilaxia A La Picadura De Insectos [Internet]. Clubensayos.com. 2012 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.clubensayos.com/Ciencia/Plan-De-Cuidado-Enfermer%C3%ADa-Para-Anafilaxia-A-La/238423.html.

7. Torrealba J. Shock anafiláctico: qué es, causas y tratamiento [Internet]. TuInfoSalud. 2021 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.tuinfosalud.com/articulos/shock-anafilactico/.

## Capítulo 67

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES DESPUÉS DE UN ICTUS.

PATRICIA NAVARRO FUENTES

AINHOA GARCIA SERRANO

MIGUEL DAMAS UREÑA

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

## 1 Introducción

El ictus es conocido como un accidente cerebro vascular, siendo su homónimo el infarto de corazón. Se produce de forma imprevista y para evitarlo se deben seguir unos hábitos de vida saludables, aunque ello no nos exime de padecerlo. El ictus es más común en personas mayores, pero está aumentando la incidencia en adultos e incluso jóvenes debido a hábitos de vida insanos. Cuando se produce el ictus, el daño cerebral puede ser irreparable y dejar secuelas importantes que van a repercutir en la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Ante los avances científicos de la sanidad, la enfermería se ha incorporado de forma autónoma a los cuidados y las estrategias de los pacientes, lo que supone un cambio, y, por tanto, se trata de potenciar y dar mayor visibilidad al papel de las enfermeras como el profesional líder del cuidado dentro del equipo eficaz. Esta idea queda reflejada en los cuidados que reciben los pacientes que han padecido un ictus.

El ictus supone una de las primeras causas de fallecimiento en los países más desarrollados, por lo que desde la enfermería se ofrecen una serie de cuidados que van encaminados a cuidados sistemáticos, específicos y continuos con el objetivo de disminuir la mortalidad al producirse el ictus y aumentar la autonomía de los supervivientes.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo trata de mostrar los cuidados de enfermería que debe recibir un paciente, que ha tenido un ictus para devolverle el mayor nivel de autonomía posible en su vida diaria.

## 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 durante 2 meses en diversas fuentes, entre ellas, bibliotecas municipales y diversas plataformas y buscadores de Internet, libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El ictus es una emergencia médica que implica llamar al 112 o al médico de guardia si se produce dentro del centro hospitalario ante la presencia de los siguientes signos:

- Alteración brusca en el lenguaje, con dificultades para hablar o entender.
- Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo.
- Alteración brusca de la visión.
- Pérdida brusca del equilibrio.
- Dolor de cabeza muy intenso.

El cuidado que como enfermeras vamos a prestar a los pacientes que han padecido un ictus, en muchas ocasiones, no conlleva que el paciente recupere su autonomía, pero se acompaña en el proceso para lograr la mayor autonomía junto a los familiares que desean colaborar en su rehabilitación.

Los cuidados post-ictus son básicos y primordiales debido a que cuando se produce un accidente cerebrovascular existe un porcentaje elevado de padecer otros, por lo que debemos prestar los siguientes cuidados como enfermeras:

- Aprender a escuchar y apoyar al paciente que manifiesta su rabia ante las limitaciones que presenta.
- Generar alternativas para que aprenda a cuidarse y aprendan a cuidarlos ofreciendo actividades y tareas que pueda realizar.
- Motivarle para salir a la calle en cuanto sea dado de alta, así como a tener una vida activa pese a las limitaciones, esto puede prevenir una depresión ante el estado en el que se ha quedado tras el ictus.
- Facilitar entidades que promueven el ocio de estas personas con secuelas.
- Aconsejar sobre los medios técnicos que se deben tener en casa para las movilizaciones.
- Gestionar el acceso a las consultas de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional de forma precoz, facilitando así una recuperación más eficaz.
- Promover cambios en la alimentación que reduzcan la hipertensión arterial, pudiendo aumentar la posibilidad de que se produzca otro accidente, tales como, evitar la sal y alimentos ricos en ella y dieta baja grasa.
- Realizar deporte de forma regular en base a las limitaciones y edad del paciente.
- Controlar de forma regular la tensión arterial, el contorno abdominal y abandonar el hábito tabáquico, en caso de tenerlo, debido a que favorece la obstrucción de las arterias.

La prevención de un segundo ictus es más importante que dicha atención, como enfermeras, debemos concienciar y educar a los pacientes sobre ello, favoreciendo así el aumento de su calidad de vida.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el ictus supone una estancia hospitalaria larga que genera mucho estrés y ansiedad en los pacientes y en los propios familiares que los acompañan, por ello, como enfermeras debemos desarrollar una serie de actitudes psicológicas que permitan apoyar esta realidad permitiendo así que el propio servicio de salud ofrezca unos cuidados integrales de mayor calidad.

Por último, debemos ser capaces de generar el binomio enfermera – paciente, ya que facilita la recuperación y rehabilitación del paciente de forma precoz, siendo este el principal objetivo de esta patología. Una intervención precoz en

los primeros momentos, puede suponer una mayor autonomía para el paciente tras el suceso.

## 6 Bibliografía

1. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermos 10ª ed. Madrid Elsevrvier 2003.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social, Estrategia en el ictus del Sistema Nacional de Salud.
Madrid. 2009.
3. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-el-paciente-con-ictus-el-S2013524614000282.

## Capítulo 68

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE EL PACIENTE CON INTENTO AUTOLÍTICO

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MERCEDES MEGIA CAMACHO

## 1 Introducción

Para hablar acerca de este tema es importante utilizar una terminología apropiada. Diferenciar entre las distintas definiciones de cada término, da lugar a una investigación más precisa, así como el conocer el suicidio y todo lo que lo rodea de una forma más específica. (1)

Por ello, definimos el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida y el intento autolítico es el acto intencionado, pero sin éxito de quitarse la vida. La bibliografía refiere que el suicidio es considerado una sucesión de hechos que comienzan con las ideas suicidas y que terminan con su consumación. (2,3)

Es el suicidio un fenómeno que ha ocurrido siempre a lo largo de toda la historia, y que acompaña a la humanidad. Por ello, para comprender el suicidio tal y como lo hemos definido anteriormente, debemos remontarnos al pasado. En las culturas

más antiguas este acto no se veía tan repulsivo, ya que era una forma de salvar a la aldea. Los ancianos, enfermos o personas con malformaciones abandonaban las aldeas sin agua ni comida, de esta forma se dejaban morir, considerándose así un acto de salvar a la comunidad, de este modo dejaban para los más útiles los recursos necesarios para la supervivencia.

Documentos analizados refieren que es la Grecia antigua la primera cultura que habla seriamente del suicidio, considerado en entonces un delito contra el Estado. Por ello, los suicidas sufrían varios castigos, como la mutilación del cadáver, desprestigio a sus familiares, entierros aislados, etc. Aristóteles repudiaba el suicidio ya que lo veía como un acto de cobardía hacia el Estado y hacia la sociedad, en cambio Platón aceptaba este acto como una forma de autocastigo en causas de amor, enfermedad, injuria, etc.

El Imperio Romano comienza a hablar de los estados mentales alterados, debido a ello Roma no castigaba el suicidio siempre que se produjera por enfermedad, ideas filosóficas, amor, honor, etc. Sin embargo, era castigado cuando este se producía por asuntos económicos que pudieran perjudicar al Estado o a la comunidad. (4)

La edad media enlaza el suicidio con el cristianismo. Por un lado, encontramos las posturas de los mártires, considerando este acto se veía como un sacrificio por la fe para llegar al paraíso divino; y por otro lado se veía como un acto de pecado, dado que afectaba al sexto mandamiento "no matarás", al igual que el aborto y la eutanasia (4). De este modo, por ejemplo, en el fuero de Navarra a finales del siglo XIII hasta el siglo XV se encontraron 42 cadáveres sospechosos, muchos habían sido muertes accidentales, pero se consideran que habían sido suicidios o intentos.

A partir de este momento ya se comienzan a sacar conclusiones y a estudiar porque se realizaban estos actos. Se consideraba que estas acciones llevaban a los suicidas a dañar su cuerpo y también su alma, por lo que serían castigados sin alcanzar la gloria divina. Dios es considerado como el único que podía quitar y dar la vida, de manera que el que lo hiciera el hombre, era mirado como un pecado muy grave. (5)

Ya en la edad moderna, el suicidio es referido como un acto vergonzoso, ya que se aspiraba a una muerte heroica, y no ese tipo de muerte. A medida que va avanzando el tiempo en la edad contemporánea se despenaliza este acto, admitiéndose como enfermedad mental, a su vez asociada al suicidio. (4)

En la actualidad el suicidio y el intento de suicidio es un tema tabú, debido principalmente al miedo y el estigma social que provoca, considerándose un importante problema de salud pública mundial con gran impacto en la sociedad es-

timándose que el 1.6% de los suicidios se producen por imitación. (5) Las ideas y los intentos de suicidio están directamente relacionados con las muertes ocasionadas por este, produciendo lesiones, hospitalizaciones, pérdidas de libertad y un gasto económico desmesurado para cualquier sociedad. (6)

Es difícil obtener datos a nivel mundial de los casos de suicidio, dado que tan solo el 35% de los estados miembros de la OMS han registrado cifras de este suceso durante cinco años.(6) Es considerado el suicidio como la decimoquinta causa de muerte, representando el 1,4% del total de muertes, más de 800.000 personas mueren por suicidio al año.

Los datos del INE muestran que es el suicidio la primera causa externa de muerte en nuestro país. Solo en España, en el año 2020, murieron 3.941 personas por suicidio.

Además, las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para la ideación suicida son 9,2% y para el intento de suicidio 2,7%. Estos datos nos alarman aún más si analizamos aquellos accidentes fortuitos, llamados así por dudas en la causa de muerte, algunos estudios estiman que un 5% de los accidentes de tráfico pueden ser debido a intentos de suicidio. (1,7)

Aunque no existe un algoritmo definitivo para predecir el suicidio, conocer los factores de riesgo, biológicos, sociológicos, psicológicos, ayudará en la práctica clínica a detectar personas que presenten alto riesgo, para poder prevenir o elegir el tratamiento adecuado. Algunos estudios refieren que el 45% de los pacientes que mueren por suicidio, han acudido al médico de atención primaria un mes antes del suceso, aunque no encontramos datos claros acerca de la información que transmite el paciente en la consulta. El tratamiento de los trastornos mentales y el seguimiento a los pacientes con intentos de suicidio, pueden ser datos claves para ayudar a los profesionales sanitarios a evitar futuros incidentes relacionados con esta causa de muerte. (6)

Actualmente este tipo de sucesos es demanda diaria en los servicios de urgencias. En este aspecto, los estudios recogen que el 19% de los intentos de suicidio tratados en las urgencias lo volverán a intentar en los seis meses posteriores a su visita, además el 39% de los suicidios mortales ocurren en pacientes que habían acudido al servicio de urgencias un año antes de su muerte. (8)

En otros estudios analizados encontramos evidencia de que sujetos que intentan el suicidio, previamente han manifestado su deseo a familiares, amigos, personal sanitario… por ello se cree que las personas cercanas podrían detectar signos directos o indirectos de lo que pretenden hacer, y prevenir el acto de suicidio. (6)

De ahí surge la necesidad de marcar unas intervenciones enfermeras donde se ponga de manifiesto la importancia de la rapidez en la actuación, siendo fun-

damental la valoración individualizada del paciente, teniéndose en cuenta los múltiples factores que rodean al individuo, para evaluar el riesgo real de suicidio y disminuir la letalidad de dicho acto.

## 2 Objetivos

Definir el concepto y formas de intento autolítico y suicidio.
Determinar la actuación de enfermería en urgencias a este tipo de pacientes.

## 3 Metodología

En el siguiente trabajo se pretende realizar una revisión bibliográfica acerca de la atención en urgencias en los pacientes con intento autolítico, dónde se han valorado las competencias de enfermería en lo referente a este tema.
Con el objetivo de clarificar el problema que se desea estudiar, se desarrolló la siguiente pregunta PICO: para pacientes con intento autolítico, ¿Cuál es la estrategia a desarrollar por parte del equipo multidisciplinar en la unidad de urgencias?.
Para dar respuesta a la pregunta formulada, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en bases de datos electrónicas en las que se incluyen: Pubmed, Google Académico, PsycInfo, Psicodoc, Enferteca, Dialnet, Instituto Nacional de Estadística, Organización Mundial de la Salud, así como libros y revistas electrónicas. La búsqueda de información se llevó a cabo entre octubre de 2021 y marzo de 2022, a través de la conversión de las palabras clave en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject headings (MeSH).
Por otro lado, como criterios de inclusión en la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron artículos científicos y libros, tanto nacionales como internacionales, cuyos temas principales incluían el intento autolítico y la atención en urgencias, escogiéndose en inglés y/o en español.
En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron los artículos que trataban el suicidio a largo plazo y su prevención, además de aquellos artículos cuya limitación temporal fuese mayor a quince años.

## 4 Resultados

Concepto y formas de intento autolítico y suicidio.

La OMS ha identificado el suicidio como una prioridad en salud pública. Es por ello por lo que creemos importante conocer su concepto y posibles causas.
Podemos definir el suicidio como "un comportamiento dañino autodirigido que tiene como consecuencia la muerte", a diferencia del intento autolítico que se define como "un comportamiento no fatal, autodirigido y potencialmente dañino con la intención de morir".(1)
Estas actuaciones son fenómenos complejos, con un origen multifactorial, no puede serle atribuida una causa concreta, en el mismo intervienen múltiples factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales). Tanto es así que los métodos utilizados varían según el país, la cultura, la geografía, la raza, el sexo, la edad, factores socioculturales y religiosos. A pesar de que existan diferencias en los métodos usados, coexisten en todos ellos unos rasgos en común. (9)
Es importante recalcar, que muchos de los métodos que se usan en el suicidio también son usados para el intento autolítico, por lo que, aunque éstos sean los más utilizados para el suicidio, pasan a ser comunes en el intento autolítico si la persona sobrevive. (1)
En la bibliografía analizada se registra que, en primer lugar, entre los métodos más utilizados en el intento autolítico se encuentra el envenenamiento o intoxicación. Ante este suceso, las intervenciones de los sanitarios para la eliminación, neutralización y uso de antídotos que disminuyen el daño producido por el tóxico en el organismo, consiguen en un alto porcentaje evitar la muerte de la persona. (9)
Encontramos que los métodos utilizados en el suicidio son principalmente; el ahorcamiento, salto desde un lugar elevado, ingesta de drogas y agentes tóxicos, incisiones con objetos cortantes, exposición a vapores tóxicos, ahogamiento, uso de armas de fuego, exposición al humo y al fuego, arrojarse a objetos en movimiento, etc. (7)
El envenenamiento respecto al uso de métodos violentos no tóxicos (ahorcamiento, salto desde un lugar elevado…) es el principal método que causa los intentos autolíticos; mientras que en los métodos violentos no tóxicos la mayoría son suicidios, con el fallecimiento del paciente en el acto. (9)

Actuación de enfermería en urgencias a la llegada del paciente con intento autolítico.
La llegada del paciente en urgencias comienza siempre en el Servicio de Admisión, donde se realiza su ingreso y triaje correspondiente. Desde ese mismo instante es importantísimo garantizar su seguridad, siendo la medida prioritaria

para todo el personal asistencial que le rodea, dada su elevada vulnerabilidad. Para la enfermera que le atiende en urgencias en primera instancia, es un verdadero reto la valoración de este paciente, buscando en primer lugar su estabilización en caso de riesgo vital inmediato.
Una rápida anamnesis, le permitirá conocer la máxima información del suceso. Valorará quién le acompaña o si es el propio paciente el que puede proporcionar todos los datos del incidente. (24) Para tomar una decisión en la actuación a seguir, es importante tener en cuenta la valoración de diferentes cuestiones:
- ¿Cuándo se produjo? A ser posible, hora exacta.
- ¿Dónde se produjo?
- ¿Qué método ha utilizado? En este caso es importante identificar si ha sido intoxicación por drogas, intentando conocer los fármacos/sustancias utilizadas, la cantidad tomada y si ha habido mezcla con otras sustancias. Si ha intentado el ahorcamiento o precipitación, o la causa que lo ha producido.
- ¿Voluntaria o involuntaria?
- ¿Antecedentes psiquiátricos y/o médicos? Indagando sobre otros intentos autolíticos, alergias, antecedentes personales de interés. (24)

Hay ocasiones en las que el abordaje inicial de estos pacientes se realiza por los servicios de emergencias extrahospitalarias, siendo ellos los que aportan al Servicio de Urgencias hospitalaria la información de la que disponen, así como las actuaciones iniciales llevadas a cabo, pasando a valorar de forma sistemática la valoración ABCDE tratando de detectar situaciones que pudieran ser una amenaza para la vida del paciente. (24) Para ello, la enfermera realizará un examen físico de las lesiones físicas evidentes, pero sin olvidar aquellas que tal vez no sean tan claramente observables. Por lo que buscaremos cicatrices, lesiones como cortes o signos de asfixia, indicios de consumo de sustancias como alcohol o drogas, etc. (24)
A. Vía aérea y cuidados de columna vertebral cervical.
B. Respiración.
C. Circulación.
D. Deterioro neurológico.
E. Exposición de las zonas afectadas. (25)

Una vez se realiza una primera valoración del paciente suicida por personal entrenado en este tipo de pacientes, se procederá a actuar de forma rápida y específica según el método utilizado para el intento de suicidio. (24)
 En caso de intoxicación aguda.
Según se refleja en la bibliografía analizada, la causa más frecuente por la que

los pacientes con intento autolítico son derivados a urgencias es la intoxicación aguda. Ésta se define como la reacción del organismo a la entrada de una sustancia tóxica que causa lesión, enfermedad y en ocasiones la muerte.
En el intento autolítico por intoxicación aguda el grado de toxicidad es importante, debido a que en la mayoría de las ocasiones se encuentra elevado, ya que el suicida desea la muerte con este acto.
Los tóxicos más habituales utilizados son los fármacos analgésicos o psicofármacos. Entre estos últimos encontramos las benzodiacepinas, el fármaco más frecuente para intoxicaciones autolíticas. (26)
Ante la llegada a urgencias de este tipo de pacientes, la actuación debe ser rápida y eficaz, para lograr su recuperación. Por lo que, vamos a iniciar las medidas clásicas de soporte vital (ABCDE), diagnosticar el tóxico y las medidas específicas de tratamiento para ese tipo específico de intoxicación. (27)
A. Vía aérea
1. Comprobar permeabilidad de la vía aérea.
- Para su permeabilidad retiramos restos de vómitos, prótesis y el desplazamiento de la lengua hacia atrás (usando para ello la cánula de Guedel).
2. Aislamiento de la vía aérea (con la colocación de intubación) si estuviera obstruida o si la valoración de la Escala de Glasgow es menor de 9 puntos. Además colocaríamos al paciente en posición lateral de seguridad, en ausencia de traumatismo. (27)
B. Respiración.
Comprobar la correcta ventilación y oxigenación del paciente. Para ellos se realizará la auscultación de campos pulmonares, colocación de pulsioxímetría, realización de gasometría arterial basal y medición de cooximetría. (27)
Simultáneamente, se procederá a canalizar una o varias vías venosas, usadas para la administración de medicación o líquidos. (27)
C. Circulación.
Valorar y mantener la circulación. Para ello debemos vigilar la función cardiovascular y de la perfusión hacia los órganos distales. Es importante vigilar signos de shock antes de que fallen los mecanismos de compensación.
Para mejorar el volumen y la distribución del débito cardiaco la actuación enfermera será:
- Si detectamos hipotensión arterial. Procederemos a administrar fluidoterapia intravenosa, e incluso el tratamiento con vasopresores o inotrópicos si persistiera.
- Si aparece hipertensión arterial en casos de intoxicación por simpaticomiméticos (adrenalina), anticolinérgicos (paroxetina, atropina), abstinencia de alcohol, tabaco o sedantes, es importante evitar el uso de β -bloqueantes (propanolol, biso-

prolol) por el riesgo de aumentar la vasoconstricción.

- Si el paciente está en bradiarritmia, se aplicará tratamiento si existe inestabilidad hemodinámica o signos de bajo gasto cardiaco. Administrando en este caso atropina. En situaciones en las que la inestabilidad hemodinámica persista, se usará isoproterenol o implantación de un marcapasos externo temporal, para aumentar y mantener la frecuencia cardiaca.
- Si se detecta taquiarritmia, se realizará cardioversión eléctrica si el paciente está con inestabilidad hemodinámica.
- Si la causa de la intoxicación es por antidepresivos tricíclicos, se iniciará tratamiento con bicarbonato sódico. (27)

D. Deterioro neurológico.

Las manifestaciones neurológicas pueden variar desde la somnolencia, irritabilidad, convulsiones, hipotermia, hipertermia, hasta llegar al coma. (27)

- Si el paciente intoxicado se encuentra en estado de coma. Se deberá valorar el grado-severidad del coma a través de la escala de Glasgow, evaluando asimismo otros signos de gravedad del intoxicado como su actividad respiratoria (frecuencia, profundidad, ventilación, gasometría) y el estado hemodinámico (tensión arterial, perfusión tisular y electrocardiograma).
- Si el paciente intoxicado comienza con convulsiones. Se administrará lentamente diazepam i.v, a una dosis de 10 mg o clonazepam 2mg diluidos en 100 ml de suero a pasar en 10 minutos, suspendiendo su administración al cese de la actividad convulsivante. Además, la enfermera debe tratar de evitar la lesión lingual y colocarle en decúbito lateral con ligero Trendelenbourg.
- Si el paciente intoxicado se muestra en estado de agitación. El tratamiento para administrar por distintas vías y en función del tóxico ingerido, se refleja en la Tabla 5, siendo:

• Como primera elección la administración de benzodiacepinas, 10 mg por vía intramuscular o vía intravenosa, repetidos a las 3-4 horas si la agitación persiste.
• En la intoxicación etílica y por benzodiacepinas se utilizan, antipsicóticos o neurolépticos como el haloperidol o la risperidona, para evitar el riesgo de HTA y depresión respiratoria.
• En la intoxicación por cocaína y otras drogas se administrarán benzodiacepinas, evitando el uso de antipsicóticos o neurolépticos por riesgo de hipertermia, rigidez, y convulsiones (27)

E. Estrategia específica.

Una vez instauradas las medidas anteriores, debemos de instaurar medidas específicas para el paciente intoxicado, tratando de limitar la absorción del tóxico o su neutralización.

1. Para disminuir la absorción tóxica digestiva (descontaminación digestiva), se usan varias opciones terapéuticas:
• Administración de eméticos. En la actualidad su uso se desaconseja ya que los riesgos superan a los beneficios. Además, está totalmente contraindicado si aparece disminución de conciencia en el paciente. (27)
• Vaciado gástrico. Bien mediante la administración de eméticos o colocando una sonda orogástrica (sonda de Faucher) para aspiración simple sin lavado. Su uso es eficaz en intoxicaciones agudas de menos de 2 horas de evolución y en aquellos casos en los que el tóxico es una sustancia líquida. (27)
• Aspirado-lavado gástrico. En la bibliografía analizada no encontramos datos con respecto a los beneficios que aporta esta técnica, motivo por el que debe evitarse su uso de forma rutinaria.
Indicaciones: En intoxicaciones con menos de 2 horas de evolución, pero puede realizarse hasta 6 horas tras la ingesta. En paciente en coma. Y en intoxicaciones por litio, salicilatos, opiáceos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos y anticolinérgicos.
Uso: Se realizará con una sonda orogástrica gruesa y una aspiración suave antes de iniciar el lavado. Se comienza introduciendo 250 cc de suero fisiológico y aspiramos al minuto así hasta que consigamos extraer un líquido limpio, podemos introducir alrededor de 3 L.
Consideraciones: Precaución con los pacientes en coma y con riesgo de aspiración, previamente realizaremos la intubación orotraqueal.
Contraindicado:
- Enfermedad grave gastrointestinal.
- Cirugías recientes.
- Embarazo avanzado. (27)
• Administración de carbón activado. Es una sustancia porosa con gran capacidad de absorción, administrado por vía oral es capaz de absorber a su paso por el tracto gastrointestinal los productos tóxicos, evitando de ese modo su absorción sistémica.
Indicaciones: Muy eficaz en las dos primeras horas de la ingesta del tóxico.
El tiempo de uso se amplía en el caso de:
Pacientes en coma.
Con ingesta de:
- Salicilatos.
- Opiáceos.
- Antidepresivos tricíclicos.
- Neurolépticos.

Puede utilizarse solo o tras el lavado gástrico.
Dosis única: 25- 50 g en adulto o 1 g/kg en niños.
Puede administrarse en embarazadas.
Casos graves: se puede repetir la dosis de carbón activado. Comenzaremos con 25 g cada 3 horas hasta un máximo de 12 horas o 24 horas en casos muy graves. (27)

• Uso de catárticos. Son sustancias que facilitan y aceleran el tránsito intestinal, por lo que son usados para eliminación del tóxico por las heces (de escasa utilidad) o para prevenir el estreñimiento provocado por el carbón activado. Su uso está contraindicado en situaciones de obstrucción o perforación intestinal, cirugía digestiva reciente, vómito y shock. (27)

2. Para neutralizar el tipo de tóxico. El uso de antídotos según se refleja en la bibliografía es en ocasiones la forma más rápida y eficaz en algunos casos de intoxicaciones, aunque su uso no debe suplir en ningún caso, las técnicas de soporte vital descritas anteriormente (ABC), sino que estas sustancias servirán para complementar la actuación. Para aumentar su eficacia un factor importante es su administración precoz, de ahí que su uso está más limitado en la urgencia prehospitalaria.

3. Tratamiento específico en intoxicaciones por fármacos frecuentes. Como se ha mencionado anteriormente la ingestión de fármacos es un método frecuente de intento de suicidio. En la bibliografía se refleja que son las benzodiacepinas, el fármaco más utilizado en intoxicaciones autolíticas. (26)

3.1 Intoxicación por benzodiacepinas. Es un fármaco que de forma aislada es poco letal, aunque es habitual encontrarlo en intoxicaciones mixtas (alcohol y benzodiacepinas). (27)

3.2 Intoxicación por antidepresivos tricíclicos. Son fármacos que provocan intoxicaciones graves y poco predecibles en cuanto a su toxicidad cardiovascular. (27)

3.3 Intoxicación por paracetamol. Es un fármaco analgésico y antipirético muy utilizado, que se encuentra habitualmente en el domicilio y se puede conseguir fácilmente en las farmacias, porque no es infrecuente su uso en intentos autolíticos. (27)

## 5 Discusión-Conclusión

El suicidio es un problema de salud mundial que ha estado presente en nuestra sociedad durante toda la historia y aún persiste en la actualidad. A pesar de eso, los métodos empleados si se han modificado, siendo actualmente los más utilizados el ahorcamiento, la precipitación y la intoxicación por drogas.

Manifestamos una clara diferencia entre el intento autolítico y el suicidio. Y es que, tras la autolesión, en el caso del suicidio, el resultado es la muerte.
Es fundamental conocer los factores de riesgo para poder valorar el suicidio desde un punto de vista más global, incluyendo aquellos potencialmente modificables. También es importante identificar factores protectores para tratar de potenciarlos eventualmente, así como clarificar el nivel de ideación y planificación suicida en el momento de la atención en urgencias.
Se identifican en la bibliografía varios factores asociados al intento suicida como: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia de problemas familiares o de pareja, el nivel de formación, el estatus laboral, la raza, religión, trastornos mentales, abuso de sustancias psicoactivas, intentos autolíticos previos…
Una vez que el paciente llega a la unidad de urgencias por haber realizado el intento autolítico, la enfermera debe hacer una valoración primaria inicial (ABCDE), recopilando toda la información acerca del acto realizado para proceder a aplicar las actuaciones necesarias para su estabilización. En este trabajo realizado se plantean las principales actuaciones de los pacientes atendidos en las urgencias por intentos autolíticos.
Es recomendable el uso en las unidades de urgencias de protocolos de actuación específicos para este tipo de pacientes; que incluya intervenciones rápidas, efectivas y viables, para mejorar la atención de enfermería a estos pacientes.
Asimismo, es importante que los servicios de urgencias dispongan de personal entrenado en la valoración y manejo de estos pacientes, e incluso de su seguimiento tras el alta en urgencias. Siendo derivados para su seguimiento a la unidad de psiquiatría. De esta forma, se persigue que el paciente perciba un cuidado continuado, evitando la sensación de abandono o desesperanza y la repetición de nuevos intentos suicidas.

## 6 Bibliografía

1. Klonsky E D, M May A, Y Saffer B. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2016 Mar 28 [cited 2021 Oct 28];12: 307–30. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26772209/
2. Diccionario APA de Psicología [Internet]. [cited 2021 Dec 26]. Disponible en: https://dictionary.apa.org/attempted-suicide
3. Bedoya Cardona EY., Montaño Villalba LE. Suicidio y Trastorno Mental. Rev CES Psicol [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 26];9(2):179–201. Disponible en http: //dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12
4. Amador Rivera GH. SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. Revista

Médica La Paz [Internet]. 2015 [cited 2021 Nov 24];21(2):91–8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Baldó Alcoz J. "Por la quoal cosa es dapnado". Suicidio y muerte accidental en la Navarra bajomedieval. Anuario de estudios medievales. [Internet]. 2007 [cited 2021 Nov 28]. p. 27–69. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/267936221.pdf
6. Turecki.G, A Brent D. Suicide and suicidal behaviour. Lancet [Internet]. 2016 Mar 19 [cited 2021 Nov 2];387(10024):1227–39. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26385066/
7. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [cited 2021 Dec 26]. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6176
8. Boudreaux E, Miller I, Goldstein A, Sullivan A, Allen M, Manton A et al. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): Method and design considerations. Contemporary Clinical Trials. [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 18]. 36(1): 14–24. Available from: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S155171441300075X?token=FA51F650C64DCA866FFE1D2D99CA45C6D68002CFEA0D7BD0B1B4ECBF524A9CF9C991335eu-west-1&originCreation=20211118182603
9. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. Cuad.med.forense. [Internet]. 2016. [cited 2022 Feb 10]. Vol. 22 no. 3-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062016000200003&script=sci_arttext&tlng=en
10. Jerónimo MÁ, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2021 Nov 19 [cited 2022 Mar 2]; Disponible en: extension://mbcgpelmjnpfbdnkbebdlfjmeckpnhha/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC8603872%2Fpdf%2Fmain.pdf
11. Observatorio del Suicidio en España 2020 - Prevención del suicidio. [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/
12. Venceslá Martínez JF., Moriana Elvira JA. Conducta autolítica y parasuicida: Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2002 [cited 2021 Dec 28]

no. 84. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000400004
13. Barrio Giménez P, Molina Andreu O, Campos Pavón J, Franco Díez E, Suarez Barrientos A, Arreo del Val V. Enfermería psiquiátrica y salud mental. Manual AMIR enfermería [Internet]. [cited 2022 Feb 23]; Disponible en: www.academiamir.com
14. Calegaro VC, Zatti C, Bastos AG, Freitas LHM. Suicidal patients in a psychiatric emergency unit: clinical characteristics and aggression profile. Trends in Psychiatry and Psychotherapy [Internet]. 2018 Aug 23 [cited 2021 Nov 24];41(1):9–17. Available from: http://www.scielo.br/j/trends/a/kgpNSzLLtbnWrcyLRVMb3Yh/?lang=en
15. Han DG, Kang SG, Cho SJ, Cho SE, Na KS. Suicide Methods According to Age and Sex: An Analysis of Data of 239,565 Suicide Victims in the Republic of Korea from 1991 to 2015. Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2022 Feb 9];206(10):770–5. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2018/10000/Suicide_Methods_According_to_Age_and_Sex__An.4.aspx
16. Flores M, Monsalve I, Vintimilla S. Intento autolítico y suicidio: Revisión Bibliográfica. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 22]. Vol. 5 no.1:9. Disponible en: https://revistamedica.com/intento-autolitico-suicidio/
17. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016. [cited 2022 Mar 7] vol.15 no.1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Gaxiola-Robles R, Celis de la Rosa A, Labrada-Martagón V, Díaz-Castro S, Zenteno-Savín T. Incremento de la temperatura ambiental y su posible asociación al suicidio en Baja California Sur (BCS) 1985-2008 [Internet]. Salud Ment. [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 21]. Vol.36 no.5. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500011
19. Yomaira Pabon A. Intentos de suicidio y trastornos mentales [Internet]. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 8] 20(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n4/1729-519X-rhcm-20-04-e3967.pdf
20. Martínez Hernández O, Martínez Montalván O, Izquierdo Betancourt Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Rev Med Electrón. [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 9];41(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-467.pdf#::text=El%20trastorno%20bipolar%20es%20un%20trastorno%20cr%C3%B3nico%

20y,m%C3%A9dica%20continuada%20para%20los%20profesionales%20de%20la%20salud.
21. Llosa Martínez S, Canetti Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicología, Conocimiento y Sociedad [Internet]. 2019 May 1 [cited 2022 Mar 21];9(1):138–60. A Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100138&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Pérez Prada MP, Martínez Baquero LC, Vianchá Pinzón MA, Avendaño Prieto BL. Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá - Colombia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2017 Mar 27 [cited 2022 Mar 21];13(1):91–101. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982017000100091&lng=en&nrm=iso&tlng=es
23. Saiz González MD. Minería de datos para el análisis de los antecedentes familiares de la conducta suicida: hacia una definición del endofenotipo. [tesis doctoral]. Universidad de Alcalá. Departamento de Especialidades Médicas. 2006 [cited 2022 Mar 22]. Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/4263
24. Reyes Puebla M, Sepúlceda Salazar VC, Lavín Catalán KT. Abordaje inicial del intento suicida: Métodos más frecuentes: Revista ANACEM [Internet]. 2020. [cited 2022 Mar 27] Vol 14 n°2. Disponible en: https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=2d43516d-859b-4892-b24c-a11f320f5b02%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNoaWImbGFuZz1lcyZzaXRlPWVob3N0LWxpdmU%3d#AN=147634450&db=asn
25. De la Torre Espí M. Hablemos de urgencias. AEPap (ed.). [Internet]. Curso de Actualización Pediatría. 2016 [cited 2022 Mar 26]. p. 17–24. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_1.1_hablemos_de_urgencias.pdf
26. Duce Tello S, López Martínez E, Serrano VN, Piqueras Villaldea M, Jara Peñacoba M, Carroquino RS, et al. Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un servicio de urgencias. Emergencias. [Internet]. 1998; 1:225–33. Disponible en: (PDF) Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un Servicio de Urgencias | Abril Garcia - Academia.edu
27. Julián Jiménez A, Juárez González R, Rubio Díaz R, Nieto Rojas I. Manual de protocolos y actuación en urgencias HUT. [Internet]. 2021. p. 1–1898. Disponible en: Manual de protocolos y actuación en urgencias (5ª Edición 2021) – Semes Euskadi
28. Marrero Mesa S. Ahorcamiento Incompleto en un niño de 9 años. Presenta-

cion de un caso clinico - Revista Electrónica de PortalesMedicos. [Internet]. 2010 [cited 2022 Apr 4]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2525/1/Ahorcamiento-Incompleto-en-un-nino-de-9-anos-Presentacion-de-un-caso-clinico.html?no_redirect=true
29. Hernández García A, Gutiérrez Fernández FM, González Rivera A, Santos Domínguez Y, Estrada Alfonso AR, Pérez Guay N. TORAX BATIENTE. METODOS DE TRATAMIENTO. Hospital Universitario "General Calixto García". [Internet]. 2000 [cited 2022 Apr 4]. Disponible en: https://uninet.edu/cimc2000/abstracts/025/Garciafull.htm

## Capítulo 69

# ABORDAJE DE LA CRISIS EPILÉPTICA INTRAHOSPITALARIA. CASO CLÍNICO

AURORA ESPADAS GUTIÉRREZ

JOSÉ MANUEL CORRAL CASTELLANOS

ELENA MOYA CRESPO

MARINA RODRIGUEZ LUNA

ANA DÍAZ CABALLERO

## 1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad neurológica, del sistema nervioso central, que se caracteriza por una actividad cerebral anormal y su forma de manifestación más habitual son las crisis epilépticas que se generan por una descarga eléctrica anormal de las neuronas situadas en la corteza cerebral.
La clínica de este trastorno es muy variable, puede generar desde pérdida de conciencia con convulsiones (la más común y peligrosa), hasta síntomas motores, sensitivos, psíquicos o visuales sin alteración del nivel de conciencia.
En cuanto a la etiología, la epilepsia puede ser de causa genética (idiopáticas), estructural (debida a una lesión identificada en el cerebro, como puede ser un ictus u otras lesiones vasculares, traumatismos, tumor, inflamación, infección, enfermedades neurodegenerativas, malformaciones congénitas de la corteza cerebral, etc.) o de causa desconocida.

Según la localización de las neuronas que producen las crisis, se clasifican las convulsiones en dos tipos, focales (afectación de un grupo delimitado de neuronas) o generalizadas (afectación simultánea de todas las neuronas).
Las convulsiones focales se agrupan a su vez en dos categorías:
- Convulsiones localizadas sin pérdida del conocimiento. Estas no causan pérdida de conocimiento y pueden alterar las emociones y los sentidos y causar movimientos espasmódicos involuntarios de una parte del cuerpo, y síntomas sensoriales espontáneos como mareos u hormigueos.
- Convulsiones localizadas con alteración de la consciencia. Estas producen un cambio o la pérdida de conocimiento o de la consciencia. Durante este tipo de convulsiones es posible que el paciente haga movimientos repetitivos, mire fijamente al espacio y no responda con normalidad al entorno.
Por otra parte, las convulsiones generalizadas normalmente se producen en todas las áreas del cerebro. Nos encontramos con seis tipos de crisis generalizadas.
- Crisis de ausencia. Generalmente ocurren en niños y se caracterizan por eventos de mirada fija en el espacio con o sin movimientos corporales leves como parpadeo y solo duran entre 5 y 10 segundos.
- Crisis tónicas generalizadas. Ocasionan rigidez muscular y pueden afectar al conocimiento y generalmente, a los músculos de la espalda, brazos y piernas.
- Crisis generalizadas atónicas. Conocidas también, como convulsiones de caída, causan la pérdida del control muscular ya que afecta generalmente a las piernas.
- Crisis generalizadas clónicas. Se caracterizan por movimientos musculares repetitivos o rítmicos y espasmódicos. Suelen afectar al cuello, la cara y los brazos.
- Crisis mioclónicas. Estas surgen como breves y repentinos movimientos espasmódicos o sacudidas y normalmente afectan a la parte superior del cuerpo, brazos y piernas.
- Crisis tónico-clónicas generalizadas. Son el tipo más intenso de crisis epiléptica, causando pérdida de conocimiento y rigidez, espasmos y sacudidas del cuerpo. A veces podrían causar incontinencia urinaria o mordedura de la lengua.
Un concepto interesante es el de estatus convulsivo que se define como la actividad convulsiva continua durante al menos 30 minutos, o dos o más convulsiones discretas entre las cuales no se recupera la conciencia.

## 2 Objetivos

Los objetivos de este caso clínico son:
- Explicar qué es una crisis epiléptica y sus tipos.

- Exponer los pasos a seguir para abordar una crisis epiléptica.
- Conocer algunos de los diagnósticos enfermeros acerca de este trastorno.

## 3 Caso clínico

Varón de 30 años que está diagnosticado de epilepsia focal frontal izquierda refractaria cuya frecuencia es de cuatro a diez episodios hasta dos días por semana. Acude a Urgencias porque presenta crisis epilépticas generalizadas continuas durante 3 horas junto con cefalea y mareos.
Antecedentes personales:
- No alergias medicamentosas conocidas (NAMC)
- No hipertensión arterial ni dislipemias
- Crisis epilépticas generalizadas con difícil control con terapia y episodios repetitivos de estatus convulsivo sin causa aparente
- Cefalea migrañosa
- Tratamiento actual: Fenitoína, Clonazepato, Lyrica, Rivotril, Acfol y Omeprazol.
Exploración física:
- Tensión arterial (TA): 100/85 mmHg. Frecuencia cardiaca (FC): 77. saturación de oxígeno (Sat02): 88%. Frecuencia respiratoria (FR): 25 rpm.
- Índice de masa corporal (IMC)>30
- Diagnóstico de crisis epilépticas tras valoración a su llegada a urgencias.
- Ruidos respiratorios.
- Pupilas isocóricas y normorreactivas.
Pruebas complementarias:
- Analítica completa
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
Valoración de las 14 necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson:
1. Necesidad de oxigenación. Tras producirse un episodio de crisis epiléptica el paciente vomita y se produce una broncoaspiración por lo que su saturación de oxígeno baja. Además presenta disnea y ruidos respiratorios.
2. Necesidad de nutrición e hidratación. Dieta absoluta con sueroterapia.
3. Necesidad de eliminación. Frecuencia de micción y deposición normal.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. Buena movilidad.
5. Necesidad de descanso y sueño. No refiere problemas de sueño.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse. El paciente es autónomo para el autocuidado.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal. Afebril.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel. Sin alteración
9. Necesidad de evitar los peligros del entorno. Consciente y orientado.
10. Necesidad de comunicarse. Sin dificultades de lenguaje.
11. Necesidad de vivir según sus valores y creencias. Sin alteración.
12. Necesidad de trabajar y sentirse realizado. Actualmente activo laboralmente.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas. Lleva una vida sedentaria.
14. Necesidad de aprendizaje. El paciente conoce su enfermedad y tiene interés en saber datos acerca de su diagnóstico y evolución.
Plan de cuidados:
1. DIAGNÓSTICO NANDA: 00030 Deterioro del intercambio de gases relacionado con broncoaspiración y manifestado por hipoxemia y disnea.
Dominio 3 Eliminación e Intercambio
Resultados NOC: 00402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
Intervenciones NIC: 03320 Oxigenoterapia.
Actividades:
-Mantener la vía aérea permeable.
-Administrar oxígeno si precisa según órdenes médicas.
-Comprobar si la oxigenoterapia está siendo eficiente (pulsioxímetro, gasometría arterial).

2. DIAGNÓSTICO NANDA: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional m/p vómitos.
Dominio 3 Eliminación e Intercambio
Resultados NOC: 1618 Control de náuseas y vómitos.
Intervenciones NIC: 1570 Manejo del vómito.
Actividades:
-Valorar el aspecto de la emesis, (color, consistencia, presencia de sangre y duración)
-Vigilar la frecuencia y la duración del vómito, utilizando diversas escalas
-Determinar los factores que pueden causar o contribuir al vómito, como medicación y procedimientos.

3. DIAGNÓSTICO NANDA: 00035 Riesgo de lesión r/c alteración de la función cognitiva (falta de conocimiento).
Dominio 11 Seguridad/Protección
Resultado NOC: 1620 Autocontrol de las convulsiones. [1902] Control del riesgo.
Intervenciones NIC: 2680 Manejo de las convulsiones [6610] Identificación de riesgos.
Actividades:

-Permeabilizar la vía aérea.
-Poner al paciente en posición de seguridad (decúbito lateral).
-Reorientar al paciente una vez finalizada la crisis.

4. DIAGNÓSTICO NANDA: 00155 Riesgo de caídas r/c crisis tónico-clónicas generalizadas.
Dominio 11 Seguridad/Protección
Resultados NOC: 01902 Control del riesgo
Intervenciones NIC: 6490 Prevención de caídas
Actividades:
-Conocer características físicas del paciente que puedan producir un aumento de la posibilidad de caídas.
-Educar al paciente acerca de la mejor manera de caer para minimizar el riesgo de lesiones.
-Instruir a los familiares sobre los factores de riesgo que favorecen las caídas y cómo disminuirlos.

## 4 Discusión-Conclusión

Las crisis epilépticas son una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias y por ello es necesaria una adecuada valoración para distinguir entre esta patología y otras. Es muy importante saber identificar la situación específica en la que nos encontramos y abordar de forma precoz al paciente con crisis epilépticas. Por ello, como enfermeras debemos realizar un buen plan de cuidados estableciendo diagnósticos de enfermería adecuados para poder proporcionar al paciente una atención integral y de buena calidad abarcando todos los aspectos biopsicosociales ya que esta enfermedad no solo afecta al ámbito físico si no que afecta en gran medida al ámbito emocional y social.

## 5 Bibliografía

1. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA Internacional Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España. 2015.
2. Moorehead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud 5ª Edición. Barcelona: Elsevier España. 2013.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier España. 2014.

4. Epilepsia. Síntomas y causas. Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. [acceso 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/epilepsy/symptoms-causes/syc-20350093.

## Capítulo 70

# LA ENFERMERA ANTE EL USO DEL LÁTEX

PATRICIA NAVARRO FUENTES

AINHOA GARCIA SERRANO

MIGUEL DAMAS UREÑA

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

## 1 Introducción

El látex o caucho natural es un elemento vegetal procesado, lechoso y fluido que se extrae principalmente del árbol tropical hevea brasiliensis. Gracias a sus propiedades elásticas se usa para numerosos productos sanitarios y de uso cotidiano.

En el mundo de la sanidad, se ha ido eliminando su uso paulatinamente debido al aumento de las reacciones alérgicas, dando lugar a realizar una serie de actuaciones para disminuir su presencia en el sistema de salud. Con ello, el sistema de salud nacional quiere reducir la alergia al látex, tanto de los profesionales como de los pacientes, evitando así en los pacientes sensibles las posibles reacciones alérgicas al ser intervenidos quirúrgicamente o en el tratamiento que puedan recibir en los centros.

La primera vía, por la cual el paciente que se va a someter a una cirugía comienza a sentir la reacción alérgica, es la piel y las mucosas, pero también hay otras vías

como la inhalatoria y la hematógena. Todos los servicios del área de la salud y en concreto, el bloque quirúrgico, deben tener un protocolo de actuación para pacientes alérgicos al látex, siendo dicha unidad donde el paciente está más expuesto y donde por ello se deben seguir estrictamente todas las recomendaciones.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los protocolos de enfermería en el área quirúrgica ante un paciente con alergia al látex.

Objetivo secundario:
- Saber identificar qué material con el que trabajamos tiene o no látex como personal de enfermería que trata de cerca al paciente.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas fuentes, entre ellas, bibliotecas hospitalarias y diversas plataformas y buscadores de Internet, libros y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Como enfermeras que somos debemos ser capaces de distinguir los signos y síntomas que pueden presentar los pacientes y los propios profesionales alérgicos al látex, estos pueden ser localizados o generalizados:
- Urticaria local/regional/generalizada.
- Angioedema.
- Rinitis.
- Conjuntivitis.
- Asma.

En los casos más graves: shock anafiláctico.

Podemos observar que estos síntomas pueden aparecer paulatinamente al haber tenido contacto con látex o de forma brusca. Por ello, debemos tener capacidad

de reacción, sobre todo, si nos encontramos en el bloque quirúrgico. Es muy importante conocer la forma de actuación cuando tenemos un paciente alérgico al látex, debiendo seguir el protocolo de actuación y las indicaciones del facultativo:

- Leer el consentimiento informado de la cirugía donde el paciente hará constar su alergia al látex para poder tomar las medidas oportunas.
- Ante un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente debemos conocer las alergias que tiene y avisar a todo el personal que va a entrar en contacto con él de dicha alergia al látex para tomar las medidas que el servicio tenga establecidas.
- Identificar al paciente con la pulsera identificativa roja que nos indica que es alérgico a cualquier sustancia que existe en el centro sanitario.
- Proceder a eliminar y preparar el quirófano como un lugar sin látex.
- Avisar al servicio administrativo para que la cirugía se programe a primera hora, lo que nos va a asegurar que el quirófano está libre de látex durante más de dos horas, esto se debe a que por vía inhalatoria también se producen reacciones alérgicas, además, si existen aparatos que no se pueden sacar del quirófano deben aislarse del paciente.
- Se comunicará al servicio de limpieza que debe realizar una limpieza profunda para eliminar el látex doce horas antes de la cirugía y repetirla una hora antes de la misma.
- Identificar el quirófano donde se va a realizar la cirugía como libre de látex.
- Durante la cirugía, usaremos guantes libres de látex y de polvo.
- Usar guantes sin látex y sin polvo. Puertas del quirófano cerradas durante la intervención todo lo posible.
- Por orden facultativa, administraremos en la fase preoperatoria una profilaxis en los pacientes predispuestos al látex.
- Preparar los fármacos para una posible anafilaxia de tal forma que sea controlada rápidamente.
- Mantener bien identificados los productos que se usan como libres de látex para evitar confusiones.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, durante años el látex ha sido un elemento que se ha usado en el mundo sanitario de forma habitual, pero, dentro de la cultura de las alergias en la que nos vemos inmersos en las últimas décadas, para la enfermera este producto ha provocado muchos problemas en la atención que ofrecemos a los pacientes. Por ello, se deben tomar las precauciones adecuadas.

Basándonos en esto, las enfermeras hemos disminuido el trabajo con el látex por el bien del paciente y del resto de los profesionales que en ocasiones tenían que ser también atendidos.
De modo que como enfermeras, lo más importante es conocer el material con el que trabajamos y hacer un uso correcto del mismo.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. Blanco, R.T.; Jiménez, S.P. Creación de un ambiente seguro en quirófanos a pacientes alérgicos al látex. Revista ENE de enfermería. 2012.
5. https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/97-135_sp/default.html.

## Capítulo 71

# PACIENTES EN EL PUERPERIO Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

## 1 Introducción

El puerperio es el periodo comprendido desde el alumbramiento de la placenta en el parto hasta la primera menstruación.
Este periodo se divide clínicamente en tres etapas:
1. Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas.
2. Puerperio clínico: Esta etapa suele durar entre 2-4 días. Va desde el final del periodo inmediato hasta que la puérpera es dada de alta en el hospital.
3. Puerperio tardío: El final de este periodo coincide con la aparición de la primera menstruación y con el final de los cambios que se han producido en el embarazo.
Después del parto y en los días sucesivos, el organismo de la mujer empieza a sufrir muchos cambios y una nueva alteración hormonal que tiene dos objetivos: que las mamás empiecen a producir leche y que el útero se contraiga. Por ello, por

un lado, caen los estrógenos y la progesterona, que volverá a aumentar cuando se restablezca el ciclo ovárico.
La prolactina aumenta, es la hormona encargada de la producción de leche materna y también la oxitocina, que es la hormona que provocó las contracciones uterinas que facilitaron el nacimiento del bebé y ahora se encarga de contraer el útero tras el parto para evitar así la hemorragia.
En el puerperio el organismo materno empezará a expulsar los loquios, a principio de color rojo intenso, pero a medida que pasan los días se vuelven de una tonalidad más asalmonada o serosa, para finalmente convertirse en una secreción blanquecina hasta desaparecer a las 3-4 semanas.

## 2 Objetivos

- Explicar los cuidados de enfermería necesarios en el puerperio inmediato, clínico y tardío.
- Exponer la importancia de una buena educación para la salud en el puerperio.

## 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

Esta labor se centrará sobre todo en la atención prestada al paciente por parte del equipo de enfermería en el postparto inmediato y clínico.
Atención primaria de enfermería durante el puerperio son:
- Obtención de constantes (presión sanguínea, pulso, temperatura)
- Prevención de la hemorragia posparto: oxitocina intravenosa
- Suturar la laceración y/o la episiotomía y determinar la hemostasia apropiada. Si es necesario vaciar la vejiga, usando cateterismo vesical intermitente o micción espontánea para la micción refleja.
- Palpar el abdomen para verificar la presencia de contracciones uterinas y determinar la hemorragia uterina correcta.

- Examinar la placenta para comprobar si hay anomalías y completarla. Sí se encontró que la placenta estaba incompleta o la membrana estaba incompleta. Se programa una ecografía de seguimiento para el día siguiente.
- Comprobar la tensión del esfínter anal y asegurarse de que las suturas no son dañadas migran a la mucosa anal.
- Si el estado clínico lo permite y la madre lo desea, el niño sigue exactamente el momento de contacto directo con ella y la desnudez (piel a piel).

Use analgésicos intravenosos y aplique hielo perineal si es necesario. En la clínica, la atención posparto incluye:

- Consultar su historial médico (tipo de parto, anestesia, nacimiento, condición placenta y membrana)
- Se evalúa el estado físico y mental general de la madre después del parto,

Signos vitales al menos cada 12 horas.

- Comprobar si hay contracciones uterinas y pérdida de sangre.
- Seguimiento de las características del producto: cantidad, olor, color
- El estado del perineo y su proceso de cicatrización.

Evaluar y controlar el dolor con analgésicos según sea necesario o hielo en la zona perineal.

- Verifique la micción espontánea por primera vez, especialmente para la anestesia epidural (no deben pasar al menos 6-8 horas).
- Tras un parto normal por parte del paciente, se recomienda ejercicio y duchas precoces y una dieta aceptable, equilibrada y variada.
- Hay que proporcionar todas las instrucciones necesarias para una lactancia exitosa. Decidir amamantar, o preparar alimentos artificiales.

## 5 Discusión-Conclusión

Tanto en el puerperio inmediato, como en el clínico, como en el tardío la puérpera necesita una serie de cuidados que los profesionales sanitarios debemos llevar a cabo con la mayor privacidad, intimidad y respeto para favorecer un clima de seguridad y tranquilidad.

Hay que destacar el papel tan importante de los profesionales sanitarios deberían tener en el postparto, debemos aprovechar la estancia en el hospital de la puérpera para promocionar los cuidados que se deben llevar a cabo en las tres fases del puerperio. Asimismo, debemos fomentar este proceso de adaptación y vinculación mediante la realización de actividades de educación sanitaria que son necesarias y necesarias para nosotros.

# 6 Bibliografía

1. Guía de la Práctica Clínica sobre 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)
2. Martínez Galiano, J.M. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas prof.2009; 10 (4): 20-6.
3. EL PARTO CE. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL; UNA GUIA PRÁCTICA ( Citado 14 de Octubre 2014)

## Capítulo 72

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS ESOFÁGICOS

PATRICIA NAVARRO FUENTES

AINHOA GARCIA SERRANO

MIGUEL DAMAS UREÑA

LAURA FLORES CUENCA

IGNACIO LÓPEZ-PASTOR LOARCE

## 1 Introducción

Los trastornos esofágicos son aquellas patologías que se centran en el esófago y se caracterizan por anomalías en los movimientos que se realizan esta parte del aparato digestivo, provocando problemas de disfagia o de deglución de los alimentos. Por tanto, se trata de una enfermedad funcional que afecta a las actividades normales del esófago.

La función motora del esófago depende del control del mecanismo nervioso y de la normalidad de los músculos que lo forman. Una afectación del esófago va a provocar una afectación en el resto de los sistemas que conforman el organismo. Casi la mitad de los pacientes con afectación esofágica van a presentar sintomatología significativa, generalmente clínica de reflujo o disfagia, aunque pueden aparecer otros síntomas. El tratamiento de la afectación esofágica consiste en controlar el reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. Para poder tratar y cuidar de estos pacientes por parte de la enfermera es necesario que se desarrolle un

trabajo con enfoque multidisciplinar que va desde la atención primaria hasta la atención especializada sin olvidar que cada equipo está compuesto por diferentes profesionales de la salud, sanitarios y no sanitarios, que buscan el mismo objetivo, una atención integral y de mayor calidad a los usuarios del sistema.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es exponer los cuidados de enfermería a los pacientes con trastornos esofágicos.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: trastornos, disfagia, cuidados, enfermería, esófago, patología; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2010.
Palabras claves: trastornos esofágicos, cuidados de enfermería, disfagia, deglución, entre otras.

## 4 Resultados

Para llegar a poder atender a los pacientes con este tipo de trastorno, como enfermeras, debemos comprender los signos y síntomas de los trastornos orofaríngeos. Lo primero que debemos saber es que suele costar identificarlos porque suelen ser inespecíficos, el paciente normalmente en la consulta o en la unidad de hospitalización describe que tiene una sensación de dificultad para pasar los alimentos, se asfixia, tiene tos cuando come o dolor en la zona cervical.

Durante la ingesta vamos a observar cómo rechazan comer o alargan el tiempo de la misma, se niegan a ingerir comida. Junto a estos signos que nos tienen que hacer sospechar que existe un problema en el esófago vamos a ver que el paciente manifiesta una pérdida de peso y comenta que ha tenido muchos problemas respiratorios.
Ante estos signos, las intervenciones que realizan las enfermeras deberán ser individualizadas en función de la situación de cada paciente y cada realidad concreta. El fin que nos tenemos que plantear en todos los pacientes es una mejora

de la deglución que conlleva al mantenimiento de la hidratación y de la nutrición con una dieta adecuada que va a evitar el riesgo de atragantamiento y broncoaspiración.

Las medidas a tener en cuenta como enfermeras para facilitar y mejorar la deglución son:
- Ante las ingestas el paciente debe estar en sedestación con la espalda en 90º y los pies apoyados en el suelo, en caso de estar encamado debemos elevar la cabecera a más de 45º de tal forma que haya una alienación con la zona cervical.
- Realizar ejercicios para mejorar el tono y la fuerza de los labios, lengua, velo del paladar y musculatura que facilita el cierre de la glotis al deglutir como son los ejercicios de shaker, masako, mendelsohn, entre otros.
- Generar estimulaciones térmicas para que vaya distinguiendo los sabores.
- Fomentar en todo momento la participación del paciente.
- En los casos graves de disfagia, por orden del facultativo colocaremos una sonda nasogástrica que facilita la alimentación y nutrición.
- Al finalizar la ingesta debemos dejar al paciente y explicarle al mismo que debe permanecer unos 30 minutos como mínimo en posición de sedestación para facilitar la deglución y evitar broncoaspiraciones.
- La atención del enfermero se basa en la observación y vigilancia de cada acto del paciente en el momento de la ingesta, así reflejar de los posibles problemas y éxitos en la deglución en la historia clínica del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los problemas esofágicos van a influir de forma directa en la vida diaria del paciente. Gracias a la intervención enfermera detectando los síntomas, las condiciones de vida de estos pacientes pueden llegar a mejorar.
Como enfermeras, debemos generar en el paciente la capacidad para motivarse y hacer frente al problema que se enfrenta de deglución, por ello, debemos estar abiertas a la formación para que esa atención que prestamos sea de calidad e individualizada.
En muchas ocasiones, participamos juntos a los otorrinos en las pruebas de deglución que se realizan, por lo que nuestra labor no sólo implica el apoyo al médico sino trasmitir serenidad y seguridad al paciente que se encuentra en una realidad que le genera mucha ansiedad.

# 6 Bibliografía

1. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032007000400013.
2. https://revistamedica.com/disfagia-papel-profesional-enfermeria/.
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-
disfagia/.
4. Sánchez Peláez MV. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos cient. 2015.

## Capítulo 73

# EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN MUNDIAL

MARÍA FERNÁNDEZ MUÑIZ

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" (OMS, 1986).

Se estima que cada año pierden la vida más de 700.000 personas a causa del suicidio y es la cuarta causa de muerte en la franja de edad comprendida entre los 15 y 29 años.

La OMS ha diseñado una guía "Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países" con el fin de reducir la tasa de mortalidad por esta causa a nivel mundial, dicha guía se centra en seis fundamentos principales a tratar como son un análisis de la situación para valorar las necesidades específicas de cada lugar; una colaboración multisectorial para favorecer una estrategia adecuada y viable en todo momento; la sensibilización y la promoción de la salud en la población; un desarrollo de las capacidades individuales; la financiación para llevar a cabo las medidas necesarias y finalmente una vigilancia, monitoreo y evaluación de los resultados para conocer si se está realizando de manera adecuada. También consta de cuatro intervenciones fundamentales que son la limitación a los medios que pueden provocar el suicidio, la utilización de los medios de comunicación para aportar una información responsable, así como que los jóvenes desarrollen las aptitudes necesarias para afrontar los problemas y, por último, una detección temprana de los posibles casos.

## 2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo que pueden desencadenar una conducta suicida en las personas.
Identificar las medidas y tratamientos más adecuados para evitar el suicidio.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de manera sistemática y exhaustiva, utilizando para tal fin Guías y protocolos de actuación, los cuales han sido actualizados recientemente, así como la utilización de la página oficial de la Organización Mundial de la Salud.
Los descriptores empleados en la búsqueda han sido los siguientes: "Suicidio", "Prevención del suicidio" y "Factores de riesgo".

## 4 Resultados

Los factores de riesgo que provocan una conducta suicida se pueden clasificar teniendo en cuenta si son producidos por factores de riesgo individual o factores de riesgo familiar y contextual, así como otros factores sociales.
Entre los factores de riesgo individual se encuentran los trastornos mentales como son la depresión mayor, los trastornos bipolares, los trastornos psicóticos, la ansiedad, los trastornos alimenticios, los trastornos de personalidad y las personas que abusan de sustancias y alcohol; entre los factores psicológicos nos encontramos con personas que tienen una gran impulsividad, con pensamientos dicotómicos, rigidez cognitiva, tendentes a la desesperanza, con dificultades para la resolución de problemas de la vida cotidiana y altamente perfeccionistas; personas con intentos previos de suicidio o una ideación suicida; la edad es considerado otro factor de riesgo, sobre todo durante el periodo de la adolescencia y entre las personas mayores; teniendo en cuenta el sexo destacan los hombres; entre los factores genéticos y biológicos se encuentran pacientes que presentan bajos niveles de serotonina y de los metabolitos, así como la relación entre los impulsos y un bajo nivel de serotonina; las enfermedades físicas y las discapacidades.
Entre los factores de riesgo familiares y contextuales destacan la historia familiar de suicidio, eventos vitales que hayan sido provocadas por situaciones estresantes, los factores sociofamiliares y ambientales como son la falta de apoyo familiar, la pobreza, no tener empleo.

Otros factores de suicidio son el maltrato físico o abuso sexual en la infancia y el acoso escolar.
Las medidas más eficaces para evitar el suicido parten de la prevención, destacan los programas para evitar las conductas suicidas a nivel mundial recomendados por la OMS, potenciar los factores protectores como son la capacidad para resolver problemas, favorecer las relaciones sociales, el apoyo familiar, la integración social, etc., una limitación al acceso a medicamentos utilizados habitualmente para el suicidio, así como los programas formativos llevados a cabo por el personal sanitario para su detección precoz.

## 5 Discusión-Conclusión

El suicidio supone un problema de salud pública muy grave a nivel mundial y que trae consigo repercusiones muy importantes a nivel psicológico en el entorno de las personas que lo llevan a cabo.
Es de suma importancia la adopción de medidas y la implantación de estrategias dirigidas a disminuir la conducta suicida, todo ello debe partir de la prevención, se deben de tratar de manera adecuada los factores de riesgo que pueden considerarse modificables, así como de prestar un seguimiento exhaustivo y aportar las medidas necesarias de prevención en los factores no modificables con el fin de evitar el suicidio, dicha prevención debe comenzar en la edad temprana, así como prestar una especial atención a las personas mayores que no dispongan de un apoyo familiar adecuado.

## 6 Bibliografía

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
Suicidio. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Recuperado de: https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718

## Capítulo 74

# EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

## 1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una parte de un hospital y su personal es el encargado de dar soporte vital a los pacientes que se encuentran en estado crítico, es decir, que tienen un alto riesgo de sufrir un daño grave e inmediato en su vida pero están todavía es capaz de recuperarse. Para controlar sus constantes vitales y mejorar su estado de salud, estos pacientes suelen necesitar vigilancia intensiva especializada, medicina científico-técnica de alta calidad y un tratamiento preciso.

Estos pacientes deben estar al cuidado de un equipo de trabajo integrado por médicos, enfermeras, auxiliares, celadores y auxiliares de enfermería, debido a su delicado estado de salud y son capaces de manejar cualquier situación que se presente al contar con la formación y experiencia hospitalaria necesaria.

Se requiere vestimenta profesional y estrictos estándares de higiene para trabajar con las necesidades de este tipo de pacientes. Es necesario ponerse bata estéril,

guantes, calzas y, si es necesario, mascarilla antes de ingresar a estas unidades de cuidados intensivos. La ropa debe ir a los contenedores apropiados después de que se hayan completado las tareas correspondientes.
Al ser una unidad especial, los celadores de esta unidad deben recibir un entrenamiento especializado para poder atender de manera efectiva y adecuada a este paciente en una situación dada su precaria salud.

## 2 Objetivos

Saber cuáles son las principales funciones que realiza el celador dentro de la unidad de cuidados intensivos 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

Un celador, un médico, una enfermera y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) conforman el personal de la UCI.
Los funciones y tareas de los celadores dentro de la unidad de cuidados intensivos son:
• inmovilizar y mover a los pacientes.
• Ajustes posturales rápidos para proteger la integridad de los pacientes.
• Movimiento rápido y efectivo de personas y materiales.
• Trabajar juntos para brindar atención de enfermería dadas las necesidades únicas de los pacientes.
• Familiarizarse con los equipos ya presentes en la UCI, como ventiladores mecánicos, monitores, analizadores de gases en sangre, desfibriladores y carro de parada.
• En la habitación del paciente se pueden encontrar bombas de infusión, rayos X portátiles y otros equipos. También se siguen procedimientos asépticos (lavado

de manos, uso de mascarillas, etc.). Adicionalmente, existen requisitos de aislamiento y estrategias de prevención para determinados riesgos laborales (manipulación de cargas, exposición a agentes biológicos, riesgo radiactivo o eléctrico, ruido y riesgos psicosociales).
• Vista al paciente apropiadamente para el tratamiento.
• Verificar que los visitantes autorizados usen ropa de protección (máscaras, batas, gorros y polainas) y controle sus entradas.
• Asegurase de que se sigan todas las normas específicas del hospital.
Lo mismo ocurre con los celadores, que deben mejorar sus habilidades sociales (empatía, escucha activa, facilidad de comunicación, etc.). Con el fin de mejorar la interacción entre la familia y el paciente en la unidad de cuidados intensivos.
Todos los miembros del personal, incluido el celador de cuidados intensivos, deben comprender los fundamentos de la higiene personal y la vestimenta. Y cada vez que sales de la unidad de cuidados intensivos o te ensucias por cualquier motivo, tienes que quitarte y tirar estos accesorios.

## 5 Discusión-Conclusión

Debido a los requerimientos de la UCI es necesario que el equipo multidisciplinar que lo integre esté motivado en sus respectivas funciones y trabaje al unísono.
Junto con otros funciones que se le asignen específicamente, el celador estará listo para ayudar al personal medido y al personal de enfermería según sea necesario.
En el caso de los celadores es aconsejable que mantengan actualizados los conocimientos mencionados para llevar a cabo las correspondientes ocupaciones propias, delegadas y de equipo.
Estos pacientes requerirán los servicios de los celadores con frecuencia, y no se les permite hacer nada que pueda empeorar la salud del paciente.

## 6 Bibliografía

- Garrido Miranda JM. El Celador en la unidad de cuidados críticos. Formación continuada Logoss. Jaén 2012.
- Quesada Cortés J, Alaminos Muñoz, MC y Molina Blázquez R. Celador en UCI. Editorial Amarantos, S.C.P. Jaén. 2011.

## Capítulo 75

# CUIDADOS A PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

CLARA COMPANY GARCÍA

NURIA GOMEZ JARILLO

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA GARCÍA ROMÁN

## 1 Introducción

Una bacteria llamada Mycobacterium tuberculosis es la fuente de la enfermedad conocida como tuberculosis (TBC). La inhalación de gotitas que contienen este bacilo conduce al desarrollo de esta enfermedad infecciosa pulmonar y extrapulmonar crónica. Sus características definitorias son la infección temprana (típicamente asintomática), la latencia y la posibilidad de recurrencia.
Esta bacteria afecta a los pulmones de tal manera que cuando una persona infectada estornuda, tose o escupe, expulsa pequeñas partículas líquidas (gotitas de Flügge), que transmiten la enfermedad a otras personas mediante la aspiración de las gotitas de Flügge infectadas que han sido expulsadas por el persona enferma.

Sólo el 10% de los infectados desarrollan la enfermedad; El 50% lo hace en fases tempranas, a los pocos meses de la infección, y el 50% restante, o 5%, requiere un tiempo prolongado las lesiones endógenas tardan años (y décadas) en reactivarse. Debido a que la leche está pasteurizada, otras posibles vías de infección, como la transmisión digestiva a través de la leche de vacas enfermas, ya no son una posibilidad. Esta afección tiene una serie de síntomas, que incluyen tos que dura más de 15 días, hemoptisis, dolor en el pecho, debilidad y fiebre.
La tuberculosis latente afecta al 30% de las personas en todo el mundo, y sólo el 10% desarrolla tuberculosis activa, según estimaciones. La enfermería debe emplear técnicas que fomenten con éxito la recuperación del paciente.

## 2 Objetivos

Como objetivo principal evaluar las intervenciones y cuidados de enfermería brindados a pacientes con enfermedad de tuberculosis pulmonar de un hospital.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre primeros auxilios en heridas en diversas localizaciones. Se utilizaron las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se realizó una búsqueda exhaustiva de libros.

## 4 Resultados

Existen varios tipos diferentes de tuberculosis, que se clasifican de la siguiente manera:
1-Tuberculosis pulmonar: enfermedad infecto-contagiosa provocada por Mycobacterium tuberculosis, que afecta al parénquima pulmonar y es altamente contagiosa.
Es prevenible y tratable a pesar de su extrema virulencia.
2-La tuberculosis miliar, también conocida como tuberculosis diseminada, es una forma grave de la enfermedad que afecta a múltiples órganos. Si no se trata a tiempo, generalmente evoluciona fatalmente.
3-Tuberculosis extrapulmonar: se produce fuera de los pulmones y normalmente resulta de la propagación de la infección por vía hematógena. Un paciente asin-

tomático con una prueba de tuberculina positiva que ha estado expuesto a tuberculosis activa tiene tuberculosis latente.
Mantener contacto cercano con pacientes infectados, hacerlo con familiares o miembros de la congregación, hacerlo con personas que se están sometiendo a procedimientos médicos con personas que tienen la enfermedad activa (todas estas personas están enumeradas por el paciente como contactos cercanos) se encuentran entre las factores de riesgo vinculados a esta patología. durante todo el período de infección.
Se deben realizar una serie de pruebas para determinar el diagnóstico de tuberculosis, entre ellas: -Prueba de tuberculina (PPD): es un resultado positivo. cuando la roncha es mayor a 5 mm, si el paciente cumple con ciertos criterios, como contacto cercano con alguien que tiene tuberculosis activa, coinfección por VIH, otras condiciones inmunocomprometidas, mantener tratamiento con corticosteroides sistémicos durante un mes o más, tener antecedentes de trasplantes de órganos , o recibir otra terapia inmunosupresora, entre otros.
Análisis microscópico de esputo: investigación especializada para el diagnóstico de patología. Es el método más rápido para identificar a los pacientes que corren mayor riesgo de fallecer a causa del enfermedades y aquellos que corren mayor riesgo propagar la enfermedad.
El uso de antibióticos es un componente clave del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Se utilizan numerosos medicamentos en el tratamiento. Cuatro tipos se utilizan con mayor frecuencia. Esta enfermedad existe desde hace mucho tiempo y afecta.
Debido al movimiento de personas hacia las ciudades, donde había condiciones extremadamente insalubres, el hombre ha existido desde la antigüedad, alcanzando su apogeo en el último siglo durante la Revolución Industrial.
La enfermera debe apoyar y guiar al paciente mientras toma la medicación, ya que esto es crucial. La infección puede propagarse y el cumplimiento terapéutico puede resultar difícil si no hay vigilancia. Hay tuberculosis dentro.

## 5 Discusión-Conclusión

Es fundamental garantizar que las personas con tuberculosis y sus familias reciban atención de enfermería integral basada en normas y valores morales. El paciente es acompañado por la enfermera durante toda la experiencia en el cuidado de enfermería. Particularmente en el, esta relación se inclina fuertemente hacia lo subjetivo.

Con un apoyo genuino y deliberado, la intersubjetividad y la empatía se utilizan para ayudar a los pacientes a desarrollar un campo conceptual de comprensión. Identificar los pensamientos, sentimientos y miedos del paciente y su familia. Para determinar qué es correcto, justo y equitativo en una situación y al mismo tiempo fomentar la autonomía, la libertad y el respeto por los demás, los cuidados de enfermería tienen un componente ético y moral basado en principios y valores.

## 6 Bibliografía

1. Tuberculosis - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. Encontrado en: https://www.mayoclinic.org/es/diseasesconditions/tuberculosis/

## Capítulo 76

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. HIPOTERMIA ACCIDENTAL SEVERA

CLARA MARTINEZ GOMEZ

## 1 Introducción

La hipotermia se define como el descenso considerable de la temperatura corporal por debajo de los 35 ℃, generando así una situación en la que el cuerpo no produce el calor necesario para llevar a cabo las funciones fisiológicas necesarias para el mantenimiento de la vida (1).

Aunque el concepto de hipotermia se suele producir en situaciones frías asociadas a entornos de invierno, también se puede dar en los meses de verano, en momentos de hospitalización, en accidentes por traumatismos, ahogamientos, sepsis, enfermedades de distinta índole… (2) diferenciando así entre una hipotermia accidental primaria y una hipotermia accidental secundaria (3).
La hipotermia se puede producir en cualquier situación en la que el paciente alcance una temperatura por debajo de los 35 ℃.

El frío produce alteraciones ya sea a nivel global o a nivel local, provocando isquemias generalizadas, afecciones locales y congelaciones en las zonas menos vascularizadas, más distales y expuestas del cuerpo, como son manos, pies, orejas…
Cabe destacar que la hipotermia afecta a la extensión completa del cuerpo, mientas que las afectaciones locales, en una zona en concreto, son llamadas congelaciones (3)

La asistencia a víctimas con hipotermia severa se ha convertido en una de las prácticas empleadas en urgencias y emergencias tanto dentro como fuera del entorno hospitalario.

## 2 Objetivos

- Conocer los grados de gravedad de la hipotermia accidental.
- Tratar de discernir cuáles son los métodos más eficaces en el diagnóstico de la hipotermia
- Objetivar cuál es el tratamiento más eficaz para la hipotermia accidental extra-hospitalaria.

## 3 Metodología

Para la realización de dicho capítulo de libro se ha hecho necesario llevar a cabo una revisión bibliografía de la literatura. Esta búsqueda se ha llevado a cabo en el mes de septiembre de 2023, priorizando publicaciones cuya fecha fuera posterior a 2018.

Además, la búsqueda incluyo artículos tanto en español como en inglés en las distintas bases de datos científicas, como pueden ser, Pubmed, Scielo, Elsevier o algunas páginas oficiales como el Ministerio de Sanidad.

Las palabras claves utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido: "accidental hypothermia", "hypothermia treatment", "prevention of hypothermia", entre otras.
Se tuvieron en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión:

• Inclusión:
Artículos publicados entre 2018-2023.
Artículos cuyo idioma fuera español o inglés.
Artículos sacados de bases de datos con evidencia científica.

• Exclusión:
Publicaciones en las que no se hablase de la hipotermia.

# 4 Resultados

El frío constituye un elemento de riesgo en la hipotermia severa. La hipotermia en el cuerpo humano va a depender de la intensidad, el tiempo de exposición y las condiciones ambientales a las que se vea sometido.
Cabe destacar el hecho de que la temperatura óptima del cuerpo humano se consigue a través de la termorregulación de este, es decir, se da un equilibrio entre la producción y eliminación del calor, debido a esto, cuando el cuerpo se ve expuesto a otras condiciones de frío, este se desregula y se puede alcanzar el estado de hipotermia.

4.1. Clasificación de la hipotermia.
El sistema alternativo suizo para evaluar la hipotermia en situaciones prehospitalarias, creado para asistir a los equipos de rescate, determina la temperatura central corporal estimada mediante la observación de síntomas médicos. Además, ofrece una clasificación de la gravedad sin requerir la medición de la temperatura central corporal (lo cual puede ser complicado en el lugar del rescate). A través de la observación del nivel de conciencia y de los signos vitales, se identifican cinco grados de hipotermia, cada uno asociado a su correspondiente estimación de la temperatura central corporal:

- Leve (Hipotermia Tipo I): El individuo está consciente y experimenta temblores. (temperatura corporal: 35-32 ℃).
- Moderado (Hipotermia Tipo II): La persona está adormecida y no presenta temblores (temperatura corporal: 32-28 ℃).
- Grave (Hipotermia Tipo III): Aunque el sujeto está inconsciente, mantiene signos vitales (temperatura corporal: 28-24 ℃).
- Profunda (Hipotermia Tipo IV): Existe una aparente ausencia de signos vitales, lo que se conoce como ”muerte aparente” (temperatura corporal: 13.7-24 ℃).
- Irreversible (Hipotermia Tipo V): La hipotermia ha alcanzado un estado irreversible y el cuerpo está completamente congelado (temperatura corporal: <9-13 ℃) (4).

Además, encontramos otra clasificación según la causa de la hipotermia:
- Hipotermia primaria o accidental: se produce por una larga exposición a ambientes fríos.
- Hipotermia secundaria o consecuencia de enfermedades: se produce debido a enfermedades agudas o crónicas que provocan un fallo en la termorregulación del cuerpo (1).

4.2. Diagnóstico de la hipotermia

Por lo general, el diagnóstico de la hipotermia severa se hace a partir de los signos físicos de la persona, así como las condiciones ambientales a las que ha sido expuesto.

Algunas formas de diagnóstico son:

- La historia clínica: en ella encontramos antecedentes de hipotermia que nos puedan ser sugerentes en nuestra investigación. Esta nos sirve para averiguar si toma algún tipo de medicación que pueda afectar a la termorregulación, como pueden ser depresores del SNC.
- Entrevista clínica a las personas que acompañaban a la persona con hipotermia.
- Comprobación de la hipotermia mediante la medición de la temperatura corporal. En ambientes externos la temperatura exacta se mide de forma timpánica.
- Observar síntomas como confusión, adormecimiento, piel fría y pálida, temblor generalizado, pérdida de la coordinación…
- Pruebas complementarias como medición de la FC, TA, FR, SatO2, bioquímica, sistemático de sangre y coagulación, entre otras.
- Realización de ECG. Este muestra cambios a medida que la temperatura desciende.

Cabe destacar que la desfibrilación en pacientes con hipotermia no se sabe bien cuando realizarla, estudios afirman que el momento exacto en el que se debe llevar a cabo esta, es cuando aparece una taquicardia ventricular, continuando con una RCP (1).

4.3. Tratamiento

Encontramos unas medidas generales, que se deben cumplir a la hora de encontrar una persona en estado de hipotermia severa. En primer lugar, se procederá a retirar la ropa fría y húmeda, aislando así, al paciente del ambiente frío. Comprobaremos la permeabilidad de la vía aérea, en caso de que sea preciso se iniciará la maniobra RCP. Además, en el caso de estar en un entorno intrahospitalario se realizará un ECG.

En segundo lugar, se iniciará el recalentamiento cuyo objetivo es conseguir elevar la temperatura corporal 1 ℃ por hora.

- Externo pasivo: este tipo de recalentamiento se lleva a cabo en hipotermias leves, cuya forma de acción es la capacidad que tenga el paciente de producir calor mediante temblores. Se debe colocar al paciente en un entorno cálido y arroparlo con mantas térmicas esperando a la subida gradual de la temperatura.
- Externo activo: en este recalentamiento el calor se trasfiere en forma de mantas

eléctricas, aire caliente, bolsas de agua caliente o sumergiendo a la persona dentro de agua caliente, siempre comprobando que la temperatura del agua no exceda la ideal. Este tipo de recalentamiento se aplica en hipotermias moderadas
- Interno activo: este se basa en una serie de técnicas más invasivas. Se usa en hipotermias graves. Se induce el recalentamiento interno del cuerpo en combinación con el calentamiento externo activo. Se administra oxigenoterapia caliente, sueroterapia intravenosa caliente y se puede realizar diálisis peritoneal.

Es importante conocer el efecto paradójico que se produce al recalentar las extremidades antes que el tronco, produciendo una vasodilatación periférica que aumenta la hipotensión arterial y por consiguiente aumenta el riego de fibrilación ventricular (5).

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el texto aborda el riesgo de hipotermia severa, destacando como factores de riesgo la intensidad del frío, el tiempo de exposición y las condiciones ambientales que pueden desregular la termorregulación del cuerpo humano, llevando a diferentes grados de hipotermia. Se menciona una clasificación de la hipotermia basada en síntomas médicos y otra basada en su causa. Además, se detallan métodos de diagnóstico, incluyendo la observación de síntomas físicos, pruebas complementarias y la medición de la temperatura corporal.

En cuanto al tratamiento, se describen medidas generales para tratar la hipotermia severa, como la eliminación de ropa fría, la comprobación de la permeabilidad de la vía aérea y el recalentamiento gradual del paciente. Se explican tres métodos de recalentamiento: externo pasivo, externo activo e interno activo, con recomendaciones específicas para cada nivel de hipotermia. Además, se advierte sobre el efecto paradójico de recalentar las extremidades antes que el tronco y su posible impacto.

En resumen, el texto proporciona una visión completa sobre la hipotermia, desde su clasificación hasta el diagnóstico y tratamiento, destacando la importancia de abordar esta condición médica de manera adecuada para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes afectados.

# 6 Bibliografía

1. Nacional de Gestión Sanitaria I. Guía de manejo Rápido en las Emergencias Extrahospitalarias. [citado 17 sep 2023]; Disponible en: http://publicacionesoficiales.boe.es/
2. Avellanas Chavala ML, Ayala Gallardo M, Soteras Martínez, Subirats Bayego E. Gestión de la hipotermia accidental: revisión narrativa. Med Intensiva. 1 Dec 2019 ;43(9):556–68.

3. Hipotermia: a propósito de un caso [Internet]. [citado 17 sep 2023]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200159
4. Avellanas Chavala ML. Hipotermia accidental: nueva clasificación clínica con el sistema suizo revisado. Med Intensiva [Internet]. 1 dic 2022 [citado el 19 Sep 2023]; 46(12):716–7. Disponible en: http://www.medintensiva.org/es-hipotermia-accidental-nueva-clasificacion-clinica-articulo-S0210569122000626
5. Vázquez Mascato A, Charlín Pato G, Aguirre Sánchez JL. Hipotermia en Urgencias Extrahospitalarias. [internet]. [citado el 19 Sep de 2023]. Disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ABCDE_2.pdf

## Capítulo 77

# GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA Y LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

CLARA COMPANY GARCÍA

NURIA GOMEZ JARILLO

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA GARCÍA ROMÁN

## 1 Introducción

Incluso si no se alteran la absorción y la motilidad intestinal, existen varios procesos patológicos que alteran la capacidad de una persona para aceptar alimentos. La alimentación por sonda de gastrostomía endoscópica percutánea se ha convertido en la ruta preferida para promover la nutrición enteral a largo plazo. La técnica implica colocar un tubo flexible, conectar la pared abdominal y la cavidad del estómago y administrar nutrición directamente en el tracto digestivo del paciente.

Para pacientes con enfermedad potencialmente reversible, enfermedad irreversible o enfermedad terminal donde se espera una supervivencia relativamente larga (> 6 meses), se puede considerar la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea temporalmente.

Hay muchos tipos diferentes de sondas en el mercado. Cuando se implanta una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea por primera vez, la sonda insertada está hecha de silicona transparente u opaca con líneas radiopacas que se pueden visualizar con rayos X. Esa es la peculiaridad
El extremo interior tiene forma del hongo y puede adherirse a la membrana mucosa.
Después de retirar el primer tubo, se debe insertar un segundo tubo inmediatamente para evitar la obstrucción gastrointestinal. Esta sonda de gastrostomía endoscópica percutánea y las siguientes son sondas de bola.

## 2 Objetivos

Conocer qué es la alimentación por sonda de gastrostomía endoscópica percutánea en el paciente ingresado por el personal de enfermería.

## 3 Metodología

Como parte de la elaboración de este capítulo, se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica que existe. Se realizan búsquedas bibliográficas en grandes bases de datos como: PubMed, Medline, Google Academy, Scielo, Scopus, etc.

## 4 Resultados

La nutrición enteral se considera atención básica independientemente del estado o calidad de vida del paciente.
La principal indicación para la colocación de una sonda GEP es la disminución de la capacidad para tragar. Estos incluyen diversos procesos neurológicos, enfermedades bucales, enfermedades esofágicas e incluso anorexia. También se puede utilizar en pacientes que han sufrido politraumatismos o quemaduras graves. Incluya a los pacientes pediátricos en un grupo separado. En estos casos, el PEG juega un papel importante para ayudar a mantener el crecimiento y el desarrollo. (5-8) Las contraindicaciones incluyen problemas locales, gastrectomía total, obesidad extrema y sepsis.
Antes de insertar la sonda, informar al paciente sobre la técnica a realizar. El paciente debe ayunar y acostarse. Hay muchos tipos diferentes de tubos, por

lo que es necesario elegir el tubo adecuado para cada paciente. Estos son los procedimientos a seguir:
- Le haremos las mismas preguntas que para una gastroscopia habitual. Requerimos un contrato firmado. - El paciente fue colocado boca arriba.
- Administración de sedación por parte de un anestesiólogo.
- Tan pronto como se introduce el endoscopio en el estómago, la habitación se oscurece. Determina la zona de la pared abdominal por donde llega más la luz del endoscopio al paciente. Marca los puntos con un marcador.
- Se desinfecta la piel y se anestesia localmente la pared abdominal. Para ello, se anestesia la superficie y luego se utiliza una aguja para perforar la pared del estómago perpendicular al músculo. Durante la extracción se anestesia la zona. Se utiliza una aguja hueca (trocar) para perforar el interior del estómago. La guía se inserta a través del trocar y se fija al endoscopio mediante un clip o mango. Se retira el trocar y se realiza una incisión central. Cuando se retira el endoscopio, el hilo se tira hacia la boca del paciente. Luego se une la sonda al alambre guía con un nudo de pescador (como una ligadura) y se tira de la sonda y se inserta a través de la boca hasta el abdomen.
Se mantiene en su lugar mediante sujetadores relativamente resistentes. Coloque y asegure el soporte externo que se fijará a la piel. Corte la sonda a la longitud requerida y conecte el puerto. La incisión no debe ser demasiado grande, ya que el propio tubo actúa como hemostato. (3,7) En materia de asistencia sanitaria, podemos distinguir tres aspectos principales:
- Cuidado del estoma: Durante los primeros 15 días se limpia el estoma con agua y jabón, se seca completamente y se desinfecta.
- Mantenimiento de la sonda: Limpiar la sonda diariamente y mantener la tapa cerrada cuando no esté en uso. Cambie la posición de la sonda.
- En espera de alimentación: Alimentación por gravedad utilizando una jeringa que se adapta al tubo. Verifique la permeabilidad y comience a alimentar.

## 5 Discusión-Conclusión

Pueden ocurrir complicaciones después del procedimiento. La alimentación con PEG es un procedimiento apropiado para satisfacer las necesidades nutricionales de los pacientes que no pueden alimentarse por vía oral. Tanto la tecnología de implementación como la gestión requieren de una formación previa por parte de los expertos responsables de las mismas. Esta preparación adecuada reduce la incidencia de complicaciones y garantiza la seguridad del paciente. Se utiliza para

pacientes con capacidad nutricional reducida y pacientes que necesitan apoyo nutricional. Debe considerarse el método de primera elección.
Después de retirar el primer tubo, se debe insertar un segundo tubo inmediatamente para evitar la obstrucción gastrointestinal.

## 6 Bibliografía

1. T. Reboiro Díaz S. La sona en cuestión [Internet]. La Coruña; [cited 12 February 2021]. Available from: http://posgradopaliativos.com/wp-content/uploads/2015/11/63_ReboiroD%C3%ADaz_caso_c.pdf

## Capítulo 78

# TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CONSULTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

MARÍA LUCÍA GONZALEZ RUIZ

CLARA COMPANY GARCÍA

NURIA GOMEZ JARILLO

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARÍA GARCÍA ROMÁN

## 1 Introducción

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).
- Pica.
- Trastorno de la rumia.
– Anorexia nerviosa con restricción alimentaria.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Un trastorno alimentario conocido como atracón.
- Otros trastornos alimentarios especificados o trastornos alimentarios (anteriormente conocidos como trastornos atípicos).

- Otro trastorno alimentario específico o patrón de ingesta de alimentos.

Hemos visto un aumento evidente de casos de este tipo de trastorno en niños en los últimos años, así como un mayor número de casos en edades más tempranas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga los trastornos alimentarios (DE) como una de las principales enfermedades mentales que afectan a niños y adolescentes, y se estima que los DE serían la tercera enfermedad crónica más prevalente en mujeres adolescentes.

Los trastornos especificados (o atípicos), que tienen una prevalencia del 2,73 al 53 por ciento y hasta del 11 al 16 por ciento si tenemos en cuenta los casos leves, son los que tienen mayor prevalencia en estas edades. Dentro de ellos se pueden encontrar los siguientes subtipos:

- Anorexia nerviosa típica.
- Bulimia nerviosa con baja frecuencia.
- Trastorno por atracón de baja frecuencia.
– Trastorno purgativo (sin atracones).
- Trastorno de la ingesta nocturna de alimentos.

Si bien es común que las personas ocasionalmente hagan excepciones a la dieta, pocas personas se darían por vencidas.

## 2 Objetivos

Los principales objetivos son conocer las funciones de enfermeria con pediatría y el trastorno de la conducta alimentaria en atención primaria.

## 3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya 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

Un niño o adolescente puede desarrollar una DE como resultado de una variedad de factores de riesgo. Incluyen:

- Factores socioculturales: Dado que actualmente la delgadez se considera en nuestra sociedad como un signo de éxito, belleza y atractivo, aquellos que no se ajustan al estándar ”esperado” de delgadez pueden experimentar una baja autoestima.
- Cambios biológicos: Debido a los numerosos cambios físicos y psicológicos que se producen durante la pubertad, esta es una edad de mayor riesgo.
- Factores psicológicos: el perfeccionismo, la impulsividad, la falta de asertividad o la baja autoestima son rasgos típicos que aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.
- Factores familiares, como tener padres demasiado preocupados por su apariencia.

Los factores de riesgo pueden incluir rigidez, sobreprotección y mala resolución de conflictos.

Los siguientes son algunos de los síntomas y signos más típicos que vemos en nuestros pacientes:.

- Se dividió la comida en trozos pequeños y se colocó en el plato.
- Leen sobre dietas y métodos de cocina y mostrar interés en ellos.
- Son conscientes y vigilan lo que consumen en casa.
- Preparan comidas ”apetitosas” para la familia, como galletas y pasteles, pero nunca las prueban.
- Con frecuencia surgen disputas sobre cuestiones alimentarias triviales.
- Mastica chicle con frecuencia.
- Cuando otros empiezan a comentar que están ”demasiado delgados”, cubren su delgadez con ropa holgada y varias capas.
- Optar por alimentos bajos en calorías.
- Consumen sus alimentos lentamente.
- Prefiere comer solo o encuentra motivos para no hacerlo.

En la consulta de enfermería pediátrica debemos estar atentos para detectar cualquier signo o síntoma de alerta temprana. Por lo general, una de las primeras señales es un mayor compromiso con las cosas que solía hacer y a medida que la persona estudia se vuelve más disciplinada y perfeccionista.

## 5 Discusión-Conclusión

En la consulta de enfermería pediátrica debemos estar atentos para detectar cualquier signo o síntoma de alerta temprana. Por lo general, una de las primeras señales es un mayor compromiso con las cosas que solía hacer y a medida que la persona estudia se vuelve más disciplinada y perfeccionista.

Aunque parezca extraño, es común que los adolescentes inicien su camino de pérdida de peso a partir del sobrepeso. Sin embargo, es importante distinguir entre alguien que está a dieta para mejorar su salud y alguien que puede tener un trastorno alimentario. Una persona que pueda tener un trastorno sería extremadamente estricta y nunca permitiría nada.

## 6 Bibliografía

1. Penna Tosso M, Sánchez Sáinz M. A, B, C… Anorexia, Bulimia y Comedor Compulsivo. Manual para docentes. Madrid: INUTCAM Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios; 2014 p. 19

## Capítulo 79

# VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN ENFERMERÍA: AVANCES, APLICACIONES CLÍNICAS Y BENEFICIOS TERAPÉUTICOS

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

SERGIO SANCHO ARROYO

ALBA PARRA MORENO

## 1 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se puede definir como la aplicación de soporte de ventilación sin la necesidad de intubar al paciente, mejorando los síntomas de la insuficiencia respiratoria los parámetros anatomo-fisiológicos y la calidad de vida. Existen diversas modalidades de ventilación mecánica no invasiva, entre los que encontramos los dispositivos de bajo flujo como: la cánula nasal, la máscara facial simple, el no rebreather; dispositivos de alto flujo y dispositivos de presión positiva como la presión continua positiva en la vía aérea (CPAP) o el sistema de bipresión positiva (BPAP).

La ventilación mecánica no invasiva fue conocida a mediados del siglo XVIII por John Dalziel, un médico de Escocia. Durante la epidemia de la poliomielitis, en la

cual la mortalidad era muy elevada, se aplicó la ventilación por presión negativa a través de la traqueostomía, sin embargo, a pesar de reducir en gran medida la mortalidad, el inconveniente era que la ventilación debía aplicarse de forma manual.

El siglo pasado, hubo grandes avances en la ventilación con presión positiva y se comenzó a emplear para el tratamiento de insuficiencias respiratorias de diversa etiología.

Los estudios más recientes por parte de la Sociedad torácica americana sobre la ventilación con presión positiva no invasiva promueven su uso en la exacerbación aguda de la enfermedad obstructiva pulmonar y en la insuficiencia respiratoria aguda secundaria al edema pulmonar cardiogénico, ya que existe mayor evidencia sobre sus beneficios. Sin embargo, también se recomienda el uso de la ventilación con presión positiva no invasiva en enfermedades como la insuficiencia respiratoria aguda, los postoperatorios o en traumatismos torácicos además de diversas enfermedades crónicas.

La evidencia de la eficacia de la presión positiva en las vías respiratorias con máscaras faciales y los ventiladores portátiles de uso sencillo han llevado a la popularidad de esta técnica de ventilación en las insuficiencias respiratorias tanto agudas como crónicas.

Esta técnica resulta interesante, ya que lleva consigo diversas ventajas como su comodidad, la posibilidad de alimentarse vía oral, de comunicación o de expectoración, además, no es necesaria la sedación. Por otro lado, reduce la necesidad de realizar técnicas invasivas como la intubación orotraqueal, y con ello todos sus riesgos asociados, disminuyendo así el tiempo de ingreso hospitalario, las infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica invasiva o la mortalidad.

Sin embargo, esta técnica, a pesar de tener numerosos beneficios, también puede producir diversas complicaciones si esta no se utiliza adecuadamente o si no se realizan correctamente los cuidados de enfermería que conlleva.

## 2 Objetivos

- Conocer la efectividad de ventilación mecánica no invasiva en la actualidad.
- Conocer la situación actual de la ventilación mecánica no invasiva y su influencia en la salud.
- Describir las evidencias y novedades más relevantes publicados en la actualidad de la ventilación mecánica no invasiva.
- Analizar el papel de la enfermera en la ventilación mecánica no invasiva.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 ventilación mecánica no invasiva se trata un conjunto de técnicas de apoyo vital que se emplean para mejorar la ventilación de los alveolos y que no precisa sellar la vía aérea por intubación endotraqueal o traqueostomía. Funciona a través de la creación un gradiente de presión, por medio de un generador o regulador, desde el acceso a la vía aérea, con respecto al alveolo a través de una interfase o mascarilla.
Los objetivos generales de la ventilación mecánica no invasiva son: mejorar la fisiopatología, reducir el trabajo respiratorio y mejorar la disnea.
Objetivos en hospital:
-Evitar la ventilación mecánica invasiva.
-Disminuir la mortalidad.
-Disminuir la incidencia de neumonía asociada al ventilador.
-Mitigar los síntomas
-Mejorar el intercambio de gases
-Aumentar la comodidad del paciente
-Reducir al mínimo posible el tiempo de ventilación
-Reducir el tiempo de ingreso hospitalario
Objetivos en domicilio:
-Mitigar los síntomas.
-Mejorar la calidad de vida.
-Evitar ingresos hospitalarios.
-Aumentar la supervivencia.
-Mejorar la movilidad.
Esta técnica está indicada en aquellas personas con consciencia que ventilen de forma espontánea que cumpla ciertos criterios de insuficiencia respiratoria tanto clínicamente como fisiológicamente.
Este tipo de ventilación tendrá aplicación tanto en enfermedades agudas como en las crónicas.

-Insuficiencia respiratoria crónica/hipercápnica: Encontramos con dos clases de enfermedad:
Enfermedades restrictivas: Síndrome de obesidad-hipoventilación, enfermedades neuromusculares
Enfermedades obstructivas: Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica
-Insuficiencia respiratoria aguda/hipóxemica
-Edema agudo de pulmón cardiogénico
-Neumonía asociada a la comunidad
-Insuficiencia respiratoria secundaria a síndrome de distrés respiratorio del adulto y lesión pulmonar aguda
-Insuficiencia respiratoria aguda con contraindicación de intubación orotraqueal
-Destete de ventilación invasiva que ha precisado intubación orotraqueal
-Insuficiencia respiratoria aguda postoperatoria
-Traumatismo torácico
-Pacientes con edad avanzada
-Medida paliativa sintomática
A pesar de ser una técnica sencilla y no invasiva, existen diversas contraindicaciones que impiden el uso de la ventilación mecánica no invasiva.
Contraindicaciones absolutas de la ventilación no invasiva:
-Parada respiratoria o cardiaca
-Hemorragia digestiva alta
-Inestabilidad hemodinámica grave (necesidad de drogas vasoactivas)
-Fallo en más de dos sistemas
-Incapacidad para movilizar secreciones.
-Traumatismo o quemaduras faciales
-Obstrucción de la vía respiratoria superior
-Bajo nivel de conciencia o coma neurológico.
-Vómitos
Contraindicaciones relativas:
-Nivel bajo de colaboración del paciente
-Previa angina de pecho o infarto agudo de miocardio
-Dependencia para retirarse la mascarilla
-Cirugía reciente de vías respiratorias altas o del tracto gastrointestinal
-Hipoxemia grave
-Neumotórax
Para iniciar la ventilación mecánica no invasiva se deben cumplir los siguientes criterios:

-Disnea de moderada/severa con uso de músculos accesorios y movimiento abdominal paradójico
-Acidosis moderada/severa (pH≤7.35) y/o hipercapnia ($PaCO_2$ > 6,0 kPa, 45 mmHg)
-Más de 25 respiraciones por minuto
-Conservación de tos y deglución
-Estabilidad hemodinámica
-Tracto gastrointestinal funcional
-Colaboración en el tratamiento

MODALIDADES DE VENTILACIÓN/OXIGENACIÓN NO INVASIVAS

Existen diversas formas de administrar oxigenoterapia, encontramos los dispositivos de alto flujo y de bajo flujo.

La cánula nasal de bajo flujo es una forma de administración de oxígeno simple y antigua. Existen diferentes tamaños para adaptarse a cada paciente. Se asegura con una banda en la cabeza o sobre las orejas. Este método de oxigenoterapia puede administrar flujos de 1 a 6 litros con una fracción de inspiración de $O_2$ de 0,22 a 0,24 a 1lpm. Como desventaja, se puede mencionar los numerosos factores que intervienen en el volumen que se inhala, como puede ser el flujo inspiratorio, la frecuencia respiratoria, tener la boca abierta durante la respiración o factores anatómicos.

Para administrar una $FiO_2$ más alta, es necesario utilizar otro dispositivo como la máscara simple. Existen diversos tamaños de máscaras, estas se ajustan a la cabeza una goma elástica cubriendo la nariz y la boca. Se evitan las fugas hacia los ojos mediante de una tira de aluminio. La máscara tiene un depósito de unos 100-200 mililitros, lo cual permite una concentración de $FiO_2$ entre 0,3 a 0.8 aunque este es variable.

Un dispositivo no rebreather es similar a una máscara simple, pero con una bolsa con un depósito de mayor capacidad, entre 300 y 600 mililitros. Entre la mascarilla y la bolsa hay una válvula y unos puertos para exhalar el aire, la válvula hace que el aire exhalado salga por los puertos ya que restringe su vuelta hacia el depósito. La concentración de $FiO_2$ se encuentra ente 0.6 y 0.9. El flujo puede llegar hasta los 15 litros por minuto.

La mascarilla Venturi proporciona un flujo de oxígeno constante proporcionando una $FiO_2$ de 24 a 60% de forma más precisa y controlada que los dispositivos anteriores. Como desventaja se puede mencionar que es un dispositivo que provoca incomodidad y sequedad.

Los dispositivos de alto flujo pueden mezclar el 100% de oxígeno y el aire ambiental para dar como resultado el $FiO_2$ que se desea. Se pude administrar hasta

un flujo de 60 litros por minuto. Este dispositivo tiene la ventaja de poder administrar aire humidificado. Las funciones que cumple son disminuir la frecuencia respiratoria , aumentar el volumen corriente, lavar el espacio muerto, aumentar el volumen espiratorio y proporcionar una pequeña cantidad de presión positiva al final de la espiración.

La terapia de presión positiva continua: Consiste en la aplicación de presión positiva al final de la espiración de forma continua en las vías aéreas, mantiene abierta la vía aérea y evita el colapso alveolar. La terapia de presión positiva continua aumenta la superficie del alveolo mejorando la oxigenación de este. Se aplica en personas que respiran de forma espontánea. En este tipo de modalidad, el valor la presión positiva empleado será el mismo durante la inspiración y durante la espiración del paciente. Es muy útil en casos de apnea del sueño y en patologías restrictivas agudas, ya que mejora la capacidad residual funcional, mejorando el trabajo respiratorio y el intercambio de gases.

Una de las desventajas de la terapia de presión positiva continua es la intolerancia por parte de algunos pacientes de la máscara y el continuo flujo de aire, por ello existen diversidad de interfaces de máscara facial. Se recomienda iniciar la terapia con 4 cm de agua e ir aumentando 2 cm hasta el máximo (20 cm). La FiO2 puede aplicarse desde un 21 a un 100%.

Terapia de presión positiva de dos niveles: En esta modalidad se aplican dos presiones diferentes de forma alterna: una a nivel inspiratorio y otra a nivel espiratorio. La diferencia de ambas presiones establece el volumen corriente. Esta modalidad puede sincronizarse con la respiración del paciente a través de un trigger. El ajuste se adapta según la afección respiratoria.

VMNI EN ENFERMEDADES

Enfermedad obstructiva crónica: En ella se producen diferentes mecanismos compensatorios en el organismo, por un lado, la espiración completa se ve afectada por el aumento de la resistencia al flujo que se produce, lo cual provoca hiperinflación y uso de musculatura accesoria. No obstante, en las exacerbaciones, este mecanismo de compensación se ve disminuido. El aumento de la frecuencia respiratoria provoca volúmenes corrientes bajos, comprometiendo la respiración y provocando un estado de acidosis respiratoria, fatiga y aumento en el gasto de energía. La ventilación mecánica no invasiva otorga una presión de distensión continua externa que compensa los efectos producidos por la exacerbación, además, existen estudios que demuestran que los pacientes con mínima acidosis no toleraban bien esta modalidad, y que, además, provocaban malestar.

Síndrome de distrés respiratorio: Existe controversia en el uso de esta técnica en esta enfermedad. Diversos estudios afirman que utilizarla tempranamente

puede evitar la intubación. Esta técnica se utiliza en todas las gravedades de la enfermedad, sin embargo, se ha comprobado que esta tiene menos efectividad cuanta mayor gravedad tenga la enfermedad. Se ha demostrado la disminución del esfuerzo inspiratorio con el uso de esta técnica. Aunque esta técnica sea recomendada, también se aconseja utilizar en pacientes selectivos que se encuentren unidades de monitorización.

Edema pulmonar: La ventilación no invasiva puede ser beneficioso, ya que, puede reducir el retorno venoso sistémico y la poscarga del ventrículo izquierdo, lo cual reduce el edema de en el pulmón. Además, existen estudios que afirman que la presión positiva continua en la vía aérea ha mostrado beneficios a la hora de reducir la necesidad de intubación y la mortalidad en comparación a la oxigenoterapia convencional.

Se recomienda utilizar la presión positiva continua en la vía aérea en pacientes con edema pulmonar cardiogénico y la ventilación no invasiva para los pacientes en los que la presión positiva continua en la vía aérea no ha sido exitosa.

COVID 19: Durante la pandemia, la falta de ventiladores ha demostrado que el uso de la ventilación no invasiva podía ser útil, y que, además, podía reducir la mortalidad en comparación con aquellos que fueron intubados. Algunos países como Alemania han sugerido utilizar la ventilación no invasiva como apoyo al comienzo de la enfermedad. Existe controversia con ciertos aspectos como el riesgo de transmitir la enfermedad a los profesionales a causa del aerosolterapia.

VÍAS DE ACCESO:

Es importante conocer la situación del paciente para realizar una buena elección de la vía de acceso de la ventilación mecánica no invasiva. La interfase debe adaptarse al paciente y que esta sea lo más cómoda posible a la vez que se evitan fugas y los efectos secundarios asociados a la interfase. Las más empleadas son las mascarillas nasales u oronasales.

MASCARILLAS

Están formadas por un dispositivo rígido transparente que se conecta a la tubuladura mediante un conector y al arnés.

Por un lado, consta de un complemento de silicona blanda, la cuál será la que esté en contacto con la cara del paciente, esta debe estar bien adaptada y sellada para evitar fugas, recientemente se ha añadido una capa de gel para reducir los daños en la piel. La válvula de espiración puede estar incorporada en la misma mascarilla, sin embargo, en algunas mascarillas esta debe añadirse.

Una mascarilla debe ser: hermética, cómoda y estable durante largos periodos de tiempo, lo más pequeña posible, sencilla de poner y retirar, ligera y transparente, económica, de diversidad de tamaños y adaptable a diferentes respiradores.

Mascarillas nasales: Se apoya en la parte dorsal de la nariz, mejilla y labio. Suelen ser los elegidos para los pacientes que van a necesitar ventilación durante un largo periodo o plazo. Es importante que esté bien alineado con la frente mediante un separador si este no viene incluido.
Las ventajas de las mascarillas nasales son que esta permite hablar comer y expectorar, provoca menor claustrofobia en los pacientes, es sencilla de colocar y retirar y tiene menor espacio muerto.
Los inconvenientes de estas mascarillas son que existen fugas a través de la boca, que provoca mayor resistencia al aire, que puede provocar rinorrea, obstrucción nasal y presión en el dorso de la nariz.
Mascarillas oronasales: Este tipo de dispositivo se apoya desde el dorso de la nariz y las mejillas hasta la barbilla. Esta clase de mascarillas suelen incomodar a los pacientes ya que suele provocar claustrofobia y, además, existe un gran espacio muerto, por lo que se han instalado recientemente complementos como la válvula anti-asfixia y anti rebreathing, lo cual permite al paciente seguir respirando en caso de un fallo del respirador. Además, incluye sujeciones de liberación rápida, lo cual permite tener un acceso rápido a la vía aérea. Debido a la gran cantidad de espacio muerto, es importante controlar las fugas y monitorizar al paciente.
Una de las ventajas de estas mascarillas es que controla las fugas por boca en aquellos pacientes que tienden a respirar a través de la boca, además se ha mostrado evidencia de ser más efectivas en los pacientes agudos que las mascarillas nasales. Sin embargo, tiene ciertos inconvenientes como la imposibilidad de comer o expectorar, el riesgo de aspiración, claustrofobia, o el exceso de espacio muerto.
OTRAS INTERFASES:
Minimasks: Se trata de una mascarilla formada por una parte de silicona que sella la zona inferior de la nariz.
Olivas nasales/pillow: Son dos tubos pequeños que quedan insertados en los orificios nasales.
Estas dos últimas interfaces coinciden en que dejan el dorso de la nariz descubierto, lo cual puede ser útil para alternar diferentes interfaces en aquellos pacientes que comiencen a tener lesiones en la piel. Otra ventaja es que permiten llevar gafas al paciente.
Piezas bucales: Se trata de un dispositivo utilizado mayormente en pacientes con enfermedades neuromusculares que son muy dependientes de la ventilación mecánica. Esta puede incorporarse a la silla de ruedas, lo cual mejora la calidad de vida al paciente. Sin embargo, también tiene inconvenientes como la hipersalivación que produce o la inestabilidad en el momento de dormir, para lo cual se utilizan unas piezas de plástico fijadas con un arnés.

Mascarilla facial total y sistema Helmet: Este dispositivo cubre toda la cara ya que sella perímetro del rostro, evitando que esta ejerza presión en estructuras faciales como la nariz, además, el uso de este dispositivo reduce las fugas mejorando la ventilación del paciente. Esta mascarilla tiene un volumen interno bajo, válvula antiasfixia y lleva instalado un sistema de insuflación interna. Es transparente, lo cual reduce la claustrofobia y permite relacionarse y tener visión. Está diseñado para poder introducir una sonda nasogástrica.

EFECTOS ADVERSOS:

Existen numerosas complicaciones relacionadas con la ventilación con presión positiva, sin embargo, no es muy común que ocurran si se emplea ventilación con presión positiva de forma no invasiva.

Casi todos ellos son evitables y se relacionan con la interfase.

RELACIONADOS CON LA INTERFASE:

Incomodidad
Eritema o marcas
Sensación de agobio
Rash acneiforme
UPP faciales

RELACIONADOS CON LA PRESIÓN O EL FLUJO

Fugas
Congestión
Sequedad de mucosas
Dolor de oídos o nariz
Irritación de ojos
Distensión gástrica

COMPLICACIONES MAYORES

Broncoaspiraciones
Neumotórax
Hipotensión
Lesión pulmonar asociada al ventilador y barotrauma
Efectos hemodinámicos
Neumonía asociada al ventilador
Toxicidad por oxigeno

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA TRAS VENTILACIÓN INVASIVA (CUIDADOS CRITICOS)

En la actualidad, existe evidencia de que un adecuado uso de la ventilación no invasiva en unidades de cuidados intensivos puede evitar la ventilación invasiva. También se han realizado estudios que muestran que puede producir una mejora

de la oxigenación, disminuir el tiempo de ingreso hospitalario, entre otras ventajas. Si embargo, no se justifica su uso en todos los pacientes críticos, sino que deben tenerse en cuenta diversos aspectos sobre el paciente y su situación antes de la elección de esta técnica.
En las unidades de cuidados intensivos, además de utilizarse la ventilación no invasiva en diversas situaciones clínicas como las mencionadas, se emplea como discontinuación de la ventilación invasiva. Existe evidencia sobre los diferentes beneficios de la ventilación no invasiva en tres contextos de liberación de ventilación mecánica:
1. En el cambio de interfase o destete
2. En fallo instalado
3. Para evitar el fallo de la extubación
Diversos estudios muestran cuán efectivo es el uso de la ventilación mecánica no invasiva los 3 contextos y tras estudiar varios casos concluyeron que era utilizada sobre todo como prevención al fallo en la extubación y como método de destete. Numerosas investigaciones estudiaron los beneficios de la ventilación no invasiva tras la extubación en comparación con la oxigenoterapia convencional, llegando a la conclusión de que hay una pequeña evidencia de que podría tener mayor impacto positivo que la oxigenoterapia tradicional.

## 5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica no invasiva es una técnica que ha resultado ser útil como medida de soporte vital de la insuficiencia respiratoria de diferentes etiologías, también como recurso para la extubación del paciente, para prevenir fallos en la extubación o una vez este fallo esté instaurado. Sin embargo, existe cierta controversia, ya que la información sobre la ventilación no invasiva está fragmentada y carece de sistematización en lo teórico, metodológico y práctico. En los diversos estudios realizados sobre la población, este método no siempre resulta efectivo, por lo que no resulta una técnica completamente fiable, pero sí muy recomendable.

Esta técnica tiene diversos beneficios, por un lado, puede prevenir la intubación de los pacientes o a reducir el tiempo de esta, por lo tanto, también previene aquellos efectos adversos asociados a la ventilación invasiva, además de mejorar la oxigenación, reducir el trabajo respiratorio, disminuir el tiempo de ingreso hospitalario o mitigar los síntomas de la enfermedad respiratoria.

Sin embargo, tras la revisión de los artículos, se ha demostrado que, para garan-

tizar el éxito de dicha terapia y favorecer la calidad de vida del paciente, es imprescindible la planificación de cuidados de enfermería de forma individual para cada tipo de paciente, desde el momento en el que se instaura la técnica, así como contar con un equipo formado en la técnica que sea capaz de identificar signos de fracaso de la ventilación mecánica no invasiva o posibles complicaciones. Los cuidados más importantes para garantizar una ventilación no invasiva eficaz son: selección del paciente, del momento adecuado, uso de la interfase idónea según las características de la persona, conocer la modalidad, estar junto al paciente al comienzo del tratamiento para favorecer la adaptación y la vigilancia de posibles complicaciones.

Pero a pesar de todo ello, se necesita una unificación de criterios en todas las unidades de atención para disminuir las complicaciones a la hora de instaurar la técnica.

## 6 Bibliografía

1. Gong Y, Sankari A. Ventilación no invasiva [sede Web]. StatPearls; 2022 [actualizada en junio de 2022; acceso 12 de febrero 2023]. Disponible en: Ventilación no invasiva - StatPearls - Estantería NCBI (nih.gov).
2. Popowicz P, Leonard K. Noninvasive Ventilation and Oxygenation Strategies. Surg Clin North Am. 2022;102(1):149-157.
3. Schnell D, Timsit J.F, Darmon M, Vesin A, Goldgran-Toledano D, Dumenil A.S. Noninvasive mechanical ventilation in acute respiratory failure: trends in use and outcomes. Intensive Care Med. 2014; 40(4):582-91.
4. Martín Dominguez R, Becerra Maldonado M.F. Ventilación mecánica no invasiva: la experiencia de los pacientes. Nure Inv. 2017; 14(88).
5. Fenoll Jimenez J.J, Garcia Navalón A.F, Marchán Beneyto A. Cuidados generales a pacientes con ventilación mecánica no invasiva. RECIEN: Revista científica de enfermería. 2014; 8: 14-19.
6. Silva Freitas Mendes M.J. Determinantes de la ventilación mecánica no invasiva [tesis doctoral]. Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá; 2017.
7. Fernández Núñez, E. C., ]ernández Mezquita, M. A. Manual terapéutico. 4ª ed. Salamanca (España): Ediciones Universidad de Salamanca; 2019.
8. López Barrios A, Beltrán Rubio I, Márquez Fernández A. Ventilación mecánica no invasiva. En: Núñez Jaldón A.M, coordinador. Manuales Clínicos. Andalucía: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020.
9. Pandor A, Thokala P, Goodacre S, Poku E, Stevens J W, Ren S, et al. Pre-hospital

non-invasive ventilation for acute respiratory failure: a systematic review and cost-effectiveness evaluation. Health Technol Assess 2015;19(42).
10. Pinto VL, Sharma S. Continuous Positive Airway Pressure [sede web]. StatPearls; 2022 [actualizada el 25 de julio 2022] Disponible en: Continuous Positive Airway Pressure - PubMed (nih.gov).
11. Popowicz P, Leonard K. Noninvasive Ventilation and Oxygenation Strategies. Surg Clin North Am. 2022; 102(1): 149–157.
12. Rodriguez Portal J.A, Lopez Campos J.L, Barrot Cortés E. Procedimientos en VMNI: respiradores, vías de acceso y técnicas de la ventilación [Internet]. Neumomadrid.org. [citado el 12 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogxi_2._procedimientos_en_vmni.pdf.
13. Lorencio C, Sirvent J.M. Ventilación no invasiva: ¿cuándo, cómo y dónde?. Med Intensiva. 2012; 36(9): 601-603.
14. Pohl, M., & Singer, M. Airway and Ventilation Management.Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation. Springer International Publishing. 2021: 71–83.
15. Distéfano E, Destefanis C, Gaggioli M, Botto M, Villafañe M.C, Báez G et al. Use of noninvasive ventilation after discontinuation of invasive mechanical ventilation in adult patients. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2020; 40(3): 84-89.
16. Belenguer-Muncharaz A, Mateu-Campos M.L, Vidal-Tegedor B, Ferrándiz-Sellés M.D, Micó-Gómez M.L, Altaba-Tena S, et al. Noninvasive ventilation versus conventional oxygen therapy after extubation failure in high-risk patients in an intensive care unit: a pragmatic clinical trial. Rev. bras. ter. Intensiva. 2021; 33(3): 362-373.
17. Paz Martín D. Ventilación Mecánica No Invasiva: tendencias y resultados. Rev elect anestesiar [revista en Internet] 2015 [11 de febrero de 2023]; 7(3). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8678874.
18. Ergan B, Oczkowski S, Rochwerg B, Carlucci A, Chatwin M, Clini E, et al. European Respiratory Society guidelines on long-term home non-invasive ventilation for management of COPD. The European Respiratory Journal: Official Journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology. 2019; 54(3), 1901003. https://doi.org/10.1183/13993003.01003-2019.

## Capítulo 80

# MANEJO ACTUALIZADO DE LA DISTOCIA DE HOMBROS

MARIA GARCIA GONZALEZ

MONICA VIDAL ARENAS

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

## 1 Introducción

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica que aparece cuando en un parto vaginal, tras la salida de la cabeza, los hombros se quedan impactados en la pelvis y no salen a pesar de utilizar la tracción de la cabeza (1).
Cuando nos encontramos un feto al que denominamos macrosoma, porque pesa más de 4000 g, el riesgo de encontrarnos una distocia de hombros se encuentra entre el 0,2 y el 3% de todos los partos vaginales. Si el peso fetal aumenta a 4500 g este riesgo se incrementa hasta el 9%-14%. En el caso de además madre diabética existe una prevalencia de hasta un 20-50% (2).
Para entender la distocia de hombros debemos entender antes cuáles son los movimientos que realiza el feto para salir por la pelvis, y es que entre el plano de entrada y salida de la pelvis hay un ángulo de 90º, lo que obliga al bebé a realizar un descenso curvo, que además no es recto, sino que deberá ir rotando para poder encontrar los diámetros más adecuados a su cabeza (3).
Cuando estamos ante una distocia de hombros hay varios signos que nos pueden hacer sospechar que efectivamente el hombro se ha quedado impactado en la pelvis, como, por ejemplo:

- La cabeza permanece muy adherida a la vulva e incluso se retrae, lo que se le denomina signo de la tortuga.
- No hay rotación cefálica externa y no salen los hombros (3).

## 2 Objetivos

-Saber identificar una distocia de hombros.
-Conocer cuáles son los factores predisponentes
- Saber cuales son las maniobras a seguir para resolverla.

## 3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica por las bases de datos Scielo, Google académico y pubmed desde el año 2022 y se han seleccionado 5 artículos, de los cuales se han utilizado 3 para llevar a cabo esta revisión bibliográfica.

## 4 Resultados

La distocia de hombros es una emergencia que no se puede prever con seguridad, pero sí puedes anticiparte a ella si observas ciertos factores que predisponen a que suceda esta situación. Los factores de riesgo más frecuentes son: feto macrosoma, madre con diabetes gestacional, obesidad materna, hijo previo de más de 4000 g, parto instrumental y parto precipitado. El factor que más nos debe alertar acerca de una posible distocia de hombros es que a la misma madre le haya pasado en algún parto anterior, es decir, una distocia de hombros previa es el factor que más predispone a que vuelva a pasarle (2).
Una vez que estamos ante una distocia de hombros se puede resolver utilizando las siguientes maniobras, de menos intervención a más.

Maniobras de primer nivel:
- Mc Roberts: consiste en poner a la mujer en decúbito supino, con la cama totalmente plana y realizar con las piernas una flexión completa de la cadera, llevando las rodillas de la mujer hasta su pecho.
- Presión suprapúbica: la mayoría de las veces la maniobra anterior se acompaña de esta que consiste en ejercer una fuerza sobre el dorso fetal a través del abdomen materno en la región de hipogastrio.

- Gaskin: esta maniobra solo puede utilizarse cuando la gestante tenga muy buena movilidad o que el parto transcurra en posición de cuadrupedia o por ejemplo también en el transcurso del parto en el agua. Consiste en, una vez la mujer se encuentre en cuadrupedia, levantar cualquiera de las dos piernas hacia el lateral (1).

Maniobras de segundo nivel:

- Hombro posterior: introducir la mano en la vagina por el lateral hacia donde mira el feto, coger la muñeca fetal y liberar el hombro pasando el brazo por el tórax fetal.
- Tornillo de Wood: consiste en utilizando dos dedos, posicionarlos sobre la cara ventral del hombro posterior y empujar hacia arriba describiendo un círculo.
- Rubin II: introducir la mano por el occipucio del feto y presionar el hombro anterior o posterior para rotar el hombro hacia el diámetro oblicuo materno (1).

Maniobras de tercer nivel:

- Zavanelli: introducir de nuevo la cabeza en el periné, girándola a occipitopúbica, flexionándola e introduciéndola. Todo ello para la realización de cesárea.
- Rescate abdominal: histerotomía para rotar el hombro desde el abdomen materno para poder sacarlo por vagina.
- Banda axilar: colocación de una banda por la axila del feto para poder traccionar y sacar el hombro posterior.
- Menticoglou: rodear la axila del hombro posterior con ambos dedos corazón y traccionar hacia abajo para sacarlo (1).

Ante el diagnóstico de una distocia de hombros, le pediremos a la madre que no siga empujando, no realizaremos Kristeller y no pinzaremos el cordón hasta que no esté resuelta. Pediremos ayuda avisando a obstetra, anestesista y pediatra. Se pondrán en funcionamiento primero las maniobras de primer nivel, seguidas de las de segundo y luego las de tercero hasta que se resuelva la distocia. Posteriormente, se recomendará realizar un alumbramiento dirigido y profilaxis de atonía uterina (1).

## 5 Discusión-Conclusión

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica relativamente poco frecuente y que se da generalmente en un tipo de paciente y circunstancia, pero no siempre es así, por lo que debemos estar preparados para ella en cualquier parto vaginal.

Es más prevalente en mujeres obesas, con diabetes gestacional, fetos grandes de más de 4000 g, partos instrumentales y precipitados, pero no debemos confiarnos.

El factor que más puede hacer que este evento ocurra es que la paciente ya haya tenido una distocia de hombros previa, la mayoría de veces siempre se repite el patrón.
Existen 3 niveles de maniobras para resolverla, que van de menor a mayor intervención, por las que deberemos pasar hasta resolverla.
En el algoritmo de actuación de esta emergencia obstétrica tenemos ordenar a la mujer que cese los pujos, pedir ayuda tanto al obstetra, al anestesista y al pediatra y seguidamente comenzar por las maniobras de primer nivel.
Sin duda, para cualquier emergencia obstétrica que se pueda presentar, debemos estar entrenados y haber practicado previamente en talleres para que cuando ocurra estemos preparados.

## 6 Bibliografía

1. Gallego C, Arias Fernández Á, Luis J. Protocolo de distocia de hombros. HUVRocío. 2022.
2. Saldarriaga Gil W, Fonseca pérez JE. Alteraciones del trabajo de parto. Distocias del parto. In: Parto: Cómo diría el obstetra. 2023.
3. Espinoza MM, Parés NV, Keklikian R, Seiref S. Shoulder dystocia: resolution proposals according to the different birthing positions depending on the mobility of the pelvis. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia. 2023; 69(1).
4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
5. https://medlineplus.gov/spanish/.
6. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 81

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ESTATUS EPILÉPTICO

MARÍA APOLONIA BETETA BETETA

Mª ELISABETH SERRANO MORA

LAURA TRUJILLO SERRANO

MARIA DEL MONTE ACOSTA RUIZ

MARÍA DEL PRADO PECO ASTILLEROS

## 1 Introducción

El estatus epiléptico es una emergencia sanitaria que requiere una actuación precoz e inmediata porque puede conllevar la muerte del paciente o causar una importante morbilidad y un elevado número de secuelas permanentes. Por lo tanto, en esta patología es muy importante, como se ha recalcado anteriormente, el inicio precoz de la actuación y tratamiento adecuado.

En pediatría, el estatus epiléptico es una enfermedad muy común con una incidencia muy alta, por lo que es una patología neurológica muy frecuente y de consulta en los servicios de Urgencias.

En los últimos años, se han intentado actualizar y unificar criterios tanto en la definición como en la clasificación del estatus epiléptico que permitieran avanzar en el estudio y manejo de la epilepsia. Existen trabajos publicados, guías de práctica clínica y protocolos basados en la evidencia disponible y en la práctica

clínica y la mayoría coinciden en el tratamiento escalonado con diferentes grupos de fármacos, en función del tiempo de evolución del episodio epiléptico y la clínica que presente el paciente.
La atención de enfermería implica la identificación y el manejo de los factores desencadenantes de la crisis, de las complicaciones y la administración de fármacos anticonvulsivos para resolver las convulsiones.
Se denominan convulsiones a las manifestaciones clínicas paroxísticas, enérgicas e involuntarias debidas a una descarga anormal, excesiva e hipersincronizada de un grupo de neuronas del córtex cerebral. Son manifestaciones motoras, sensitivas, sensoriales o psíquicas que pueden ir acompañadas o no de una pérdida de conciencia.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones del personal de enfermería en el estatus epiléptico.

## 3 Metodología

En el tratamiento del estatus epiléptico se llevará a cabo un tratamiento escalonado y rápido que se detalla a continuación:
1. Medidas generales: Conducta proactiva PAS: Proteger, Avisar y Socorrer. Se avisará a los servicios de Emergencias si estamos en el exterior o al médico si estamos dentro del hospital. Es fundamental mantener la vía aérea permeable. Aspiración de las secreciones, si se precisa, colocación de cánula de Guedel y colocar al niño en posición de seguridad con lateralización de la cabeza para evitar una broncoaspiración.
2. Primera fase terapéutica: Administración de Benzodiazepinas (BZD precoz).
Si disponemos de una vía de acceso venoso (IV): diazepam intravenoso.
Si no disponemos de un acceso venoso, se usará la rectal o bucal: Midazolam intramuscular (IM), intranasal (IN) o bucal o Diazepam rectal.
3. Segunda fase terapéutica: Fármacos anticonvulsivantes (FACs)
Fenitoina, Ácido Valproico, Levetiracepam, Fenobarbital, Lacosamida
4. Tercera fase terapéutica: coma inducido
En una unidad de cuidados intensivos con sedación e incubación y administración de barbitúricos

## 4 Resultados

Tras la administración del tratamiento adecuado, las crisis se resuelven por normal general, aunque pueden volver a repetirse. La forma de presentación dependerá de la función del área cerebral involucrada, pudiendo manifestarse por fenómenos motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y/o psíquicos o simplemente muecas, gemidos, tics. Vamos a considerar crisis convulsivas como tal aquellas que cursan con fenómenos motores, mientras que cuando no existen fenómenos motores hablaremos de estatus epiléptico no convulsivo.
El estatus epiléptico se puede clasificar en:
1. Estatus tónico-clónico generalizado: Son crisis tónico-clónicas mantenidas sin recuperación de la conciencia entre ellas. Es el más común de todos y se trata de una emergencia médica que hay que intentar resolver cuanto antes.
2. Estatus parcial simple: Son crisis parciales repetidas que pueden ser motoras, sensoriales o con déficit focal. No ponen en riesgo la vida del paciente, por lo que su atención puede demorar, no es de extrema urgencia.
3. Estatus no convulsivo: Son cuadros de alteración de la conciencia sin movimientos convulsivos. Se manifiesta como un estado de confusión, como crisis de ausencia o crisis parciales complejas. Tampoco se considera una emergencia.
Las crisis epilépticas puede terminar como un estatus epiléptico si ocurren uno o varios factores desencadenantes. En la mayoría de los casos se debe a una falta de control del tratamiento antiepiléptico o uso incorrecto de la medicación, el consumo de alcohol o privación y la falta de sueño. En adolescentes es muy común tras una noche de fiesta, con luces luminosas y consumo de tóxicos.
En niños pequeños es más frecuente el estatus convulsivo febril.
Etapas del estatus epiléptico:
- Periodo prodrómico: Son los primeros 5 min de un estatus epiléptico. Puede pasar desapercibido.
- Estatus Epiléptico precoz (5-10 min)
- Estatus Epiléptico establecido (10-30 min)
- Estatus Epiléptico refractario (30-60 min). Persiste tras la administración de dos o más tipos de anticonvulsivos distintos de primera y segunda línea.
- Estatus Epiléptico superrefractario. Es el que continúa más de 24 horas a pesar del tratamiento con fármacos anticonvulsivos.
Los métodos diagnósticos más específicos, actuales, modernos y precisos incluyen: electroencefalograma completo (EEG), Video-EEG que objetiva las crisis y pruebas de imagen como la resonancia magnética (RM) cerebral de alto campo

(3T) y otras pruebas como la PET o SPECT.
El tratamiento farmacológico de la epilepsia puede durar años o incluso toda la vida. Lo ideal es ir haciendo ajustes en la dosis utilizada hasta lograr el máximo beneficio terapéutico con los mínimos efectos adversos para el paciente.
Si la epilepsia es rebelde o refractaria a los fármacos, hay otras alternativas complementarias: tratamiento quirúrgico mediante resección del área cerebral que produce las crisis, colocación de dispositivos electrónicos o administración de dieta cetogénica.

## 5 Discusión-Conclusión

Lo más importante en el estatus epiléptico es actuar precoz y eficientemente en los primeros 30-60 minutos para evitar cambios irreversibles en el cerebro y una gran morbilidad.
El pronóstico de los pacientes con Estatus Epiléptico varía en función de la edad del paciente, causa desencadenante y duración de la crisis.
La tasa de mortalidad se sitúa en torno al 3% y está muy relacionada con la enfermedad subyacente, las complicaciones neurológicas, respiratorias, cardíacas o metabólicas que surgen.
Las secuelas neurológicas que aparecen tras la resolución del estatus epiléptico puedes ser: epilepsia secundaria, trastornos de conducta, deterioro cognitivo o déficit neurológicos focales.
Es fundamental que los profesionales de Enfermería estén perfectamente formados y cualificados para hacer frente a esta complicación y prestar los cuidados oportunos a pacientes que presenten una crisis epiléptica. También es importante una adecuada educación sanitaria a la población general para que sepan identificar las crisis y los factores desencadenantes, así como conocer la epilepsia y los tipos de epilepsia que existen y los tratamientos actuales.

## 6 Bibliografía

1. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticusReport of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Epilepsia. 2015 Oct;56(10):1515-23.
2. Sánchez Fernández I, Abend NS, Loddenkemper T. Status Epilepticus. Swaiman's Pediatr Neurol. 2017 Jan 1;543-51.
3. Silvia Pozuelo Sánchez, Juan Castiella Val, Laura Pallarés Villar, Javier Ruiz Garrido, Jesús Hidalgo Soria. Actuación enfermera ante una crisis convulsiva.

Plan de cuidados de enfermería. Agosto. 2021

## Capítulo 82

# PACIENTE QUEMADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

JAVIER MARTÍN MACÍAS

## 1 Introducción

Las quemaduras son daños físicos en la piel (dermis y epidermis) que pueden afectar a otros tejidos (como el subcutáneo) y que no son causados por fuerzas mecánicas. El agente causante de estas lesiones puede ser el calor, la radiación, los productos químicos o la electricidad. Además, pueden variar en términos de su alcance y profundidad.

Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel.

Nuestra piel es una barrea protectora contra agentes externos y desempeña un papel fundamental en la defensa del cuerpo contra infecciones. Además, tiene responsabilidades en la regulación de la temperatura y la percepción sensorial.

En casos de quemaduras superficiales, la piel suele recuperarse rápidamente sin dejar cicatrices significativas. Sin embargo, en quemaduras más profundas que

afectan a la dermis, la regeneración de la piel lleva más tiempo y puede dar lugar a cicatrices deformantes.
En quemaduras graves, la coagulación de los capilares sanguíneos en la zona afectada impide el flujo sanguíneo, lo que resulta en una falta de mecanismos de defensa, ya que los leucocitos no pueden acceder fácilmente, lo que dificulta la reparación de los tejidos dañados.
Como ya hemos mencionado anteriormente las quemaduras se pueden clasificar de múltiples formas. Atendiendo al agente causal puede ser: térmicas; por calor o frío, por radiación: eritema solar, químicas o eléctricas.
Según la gravedad:
-Por extensión: Se considera que una quemadura tiene repercusiones importantes si afecta a un 10% de la superficie corporal de un niño o a más del 15% del organismo de un adulto.
-Por profundidad:
De primer grado; Solo afectan a la epidermis.
De segundo grado; Afecta a la dermis, su vez se clasifican en superficiales y profundas
De tercer grado: Se ve afectada toda la profundidad de la piel y además pueden verse dañados tejidos subyacentes.
La gravedad también se verá mediada por tres factores determinantes como son: la localización de la herida, la edad del paciente y el estado general previo de este.
Se calcula que anualmente mueren en el mundo 300 000 personas por causa de las quemaduras. La incidencia en España no se conoce con exactitud, pero, según datos de 2014 la cifra anual indica que alrededor de 300 personas de cada 100 000 sufren quemaduras y necesitan tratamiento en centros sanitarios, sin embargo, afortunadamente, solo el 15-20 % de estos requiere hospitalización.
Otros datos relevantes en cuanto a la prevalencia son: lesiones por fuego o quemaduras 44%, lesiones por escaldadura 33%, lesiones por contacto con objetos calientes 9%, quemaduras eléctricas 4%, quemaduras químicas 3% y por causas diversas, 7%.

## 2 Objetivos

- Presentar de manera comprensible y directa las pautas de actuación que deben seguir los profesionales de enfermería al recibir a un paciente quemado en el servicio de urgencias.
- Conocer los distintos materiales que se utilizan según el tipo y gravedad de la quemadura.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las quemaduras, los pacientes quemados y la intervención de las enfermeras cuando estos llegan a urgencias. La búsqueda sistemática se ha realizado, principalmente, en bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, tales como Pubmed (NCBI), Cochrane Library, Medes, BVS, Enfispo, Cuiden, Liliacs, ClinicalTrials.gov, ICTRP. La elección de las palabras claves para realizar la búsqueda bibliográfica se ha basado en la utilización de Mesh (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la salud). Obteniéndose así: 'quemadura´, 'paciente quemado´, 'urgencia' y enfermería´.

## 4 Resultados

Ahora tras la revisión bibliográfica realizada, pasaremos a centrarnos en el tratamiento que los pacientes deben recibir en el servicio de urgencias de un hospital.

Debemos tener en cuenta que una quemadura grave va a afectar a todos los sistemas del organismo, por ello es muy importante una valoración inicial.

El primer paso implica trasladar a la persona lejos de la fuente de calor en caso de que todavía estuviera en contacto con ella. Luego, se procede a despojar de todas las prendas de vestir y accesorios, dado que podrían causar compresión. Además, se retiran cualquier residuo de material que podría estar contaminado con sustancias ácidas o que aún estuviera caliente. También se realizará una entrevista al paciente y a las personas que lo acompañen para tener el mayor número de detalles posibles.

La valoración inicial se hará aplicando el sistema ABCED

A. (Airway) Permeabilidad de la vía aérea: Hay que garantizar la permeabilidad de la vía respiratoria cuando se presentan lesiones en la región de la cabeza y el cuello, puede generarse un edema en las vías respiratorias. En tales circunstancias, podría requerirse la realización de una intubación orotraqueal o una traqueotomía.

B. (Breathing) Correcta ventilación. Evaluaremos los siguientes parámetros: Saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, expansión de la cavidad torácica (observando si es simétrica o no), y la musculatura accesoria. Debemos exponer el área del tórax y verificar que ambos lados del pecho se expandan de manera uniforme y adecuada. Además, en casos de exposición al monóxido de carbono, es esencial administrar oxígeno al 100%, y para ello se emplea una mascarilla con

reservorio.
C. (Circulation). Mantenimiento de la vía circulatoria. Es esencial gestionar cualquier sangrado, evaluar el ritmo cardíaco y verificar los pulsos centrales debido al riesgo de hipovolemia. Se deben canalizar una o dos vías periféricas de calibre amplio; (si no fuera posible se canalizarán una vía central o una vía intraósea). El restablecimiento de líquidos es de suma importancia para mantener el volumen sanguíneo en casos de quemaduras de segundo grado que afecten más del 10% de la superficie corporal o en quemaduras de tercer grado que involucren más del 2% de la superficie corporal.
D. (Disability). Evaluaremos el nivel de conciencia del paciente mediante la escala Glasgow, realizando una glucemia capilar y observando el estado de las pupilas meióticas o midriáticas.
E. (Exposure). Exposición del paciente. El parámetro que se examina es la temperatura. Procederemos a una revisión exhaustiva de la piel del paciente, observando la coloración, buscando lesiones traumáticas, contusiones, erupciones cutáneas, sangrados y otros posibles cambios en la piel.
El monitoreo de la temperatura resulta fundamental, dado que la falta de medidas apropiadas puede llevar a la hipotermia. En estas circunstancias, la temperatura corporal puede disminuir hasta un grado centígrado cada cuarto de hora.
Después de esta valoración inicial nos centraremos en el tratamiento; siendo el dolor el primer foco que atenderemos, administrando analgesia por vía intravenosa. Una vez estabilizado el paciente pasaremos a la curación de las heridas.
Como en cualquiera otra lesión de la piel el primer paso es limpiar con suero fisiológico a chorro o con antiséptico como clorhexidina o povidona yodada si está muy sucia, para secarla siempre se hará a toquecitos y nunca arrastrando.
Para quemaduras superficiales será suficiente utilizando pomadas con acción cicatrizante o reepitalizante, como el rym cicatrizante, silverderma o furacín.
Para quemaduras de segundo grado y profundas será necesario realizar curas cada 24 horas o cada 48 horas hasta que se resuelva. Si fuera necesario se realizará desbridamiento mecánico o enzimático de las flictenas, y se retirará el tejido quemado. El primer apósito de elección será uno que tenga gran capacidad de recoger el exudado, ya que, en las primeras horas las quemaduras son muy exudativas. Siempre debemos realizar las curas en medio húmedo, esto favorece la regeneración celular. En cuanto a drenar las ampollas o no sigue habiendo mucha controversia, siendo decisión de cada enfermera/o.

## 5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de comprender que las quemaduras son lesiones que afectan no solo la piel sino también otros tejidos, y pueden ser causadas por una variedad de agentes, como calor, radiación, productos químicos y electricidad.
Tras conocer una clasificación detallada de las quemaduras en función de su extensión y profundidad, podemos comprender la gravedad de estas lesiones. Se mencionan los factores que influyen en la gravedad de las quemaduras, como la localización, la edad del paciente y su estado general de salud.
El personal de enfermería destaca porque debe brindar una atención de emergencia de las quemaduras, utilizando el sistema ABCDE para una evaluación inicial completa. Esta metodología ofrece una guía práctica y estructurada para los profesionales de la salud que atienden a pacientes con quemaduras.
Es crucial comprender que las quemaduras pueden afectar más allá de la piel y que el dolor es un síntoma principal que debe abordarse de manera efectiva. La curación de las heridas y el manejo de las ampollas en las quemaduras de segundo grado y profundas son aspectos críticos del tratamiento, y la elección de apósitos que favorezcan un ambiente húmedo para la regeneración celular es esencial.
En resumen, la atención oportuna y adecuada de las quemaduras es esencial para minimizar el daño, acelerar la recuperación y reducir las posibles complicaciones. Este trabajo proporciona una base sólida para los profesionales de la salud que trabajan en la atención de pacientes con quemaduras en el servicio de urgencias.

## 6 Bibliografía

1.Suárez Franco M, Hernández Mesa V. Atención extrahospitalaria de Enfermería en pacientes quemados. HYGYA [Internet]. 2012 [consultado febrero 2019]; Disponible en: http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia81.pdf#page=68
2.Piriz-Campos RM, Martín Espinosa NM, Postigo Mota S. Guía terapéutica en el cuidado local de las quemaduras. Rev ROL Enferm 2014.
3.Culleiton AL, Simko LM. Cuidados en los pacientes quemados. Nursing [Internet]. 2014 [citado el 21 de septiembre de 2023];31(3):28–36. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-pacientes-quemados-S0212538214000855
4.Azcona Barbed L. Quemaduras. Farm Prof (Internet) [Internet]. 2004 [citado el 21 de septiembre de 2023];18(9):63–7. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-quemaduras-13068673

5.Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado el 21 de septiembre de 2023];29(1):45–51. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045

## Capítulo 83

# ENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

## 1 Introducción

La tensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada. Esta tensión se genera por la fuerza de empuje de la sangre a las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. En cuanto a su diagnóstico, se considera como hipertensión cuando las cifras de tensión arterial son superiores a 140 milímetros de mercurio para la sistólica y 90 milímetros de mercurio para la diastólica, ya que cifras superiores a estas mantenidas en el tiempo son perjudiciales para el aparato cardiocirculatorio.
Como sabemos, la hipertensión arterial es más común en hombres que en mujeres, según el estudio @diabetes.es el 42.6% de la población española es hipertensa, incrementándose estos datos en los varones (49.9%) que en las mujeres (37.1%), añadiendo que el 37.4% de los hipertensos están aún sin diagnosticar.

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

## 2 Objetivos

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

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

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

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

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

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

## 5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, existen varias técnicas para el diagnóstico de la hipertensión arterial, sin embargo la técnica de monitorización ambulatoria de la presión arterial, nos ofrece la posibilidad de acercarnos lo máximo posible a los hábitos de vida normales del paciente. Esto, por supuesto tiene grandes ventajas, ya que nos permite ver claramente como cambia la presión arterial durante el día y la noche, recomendando su uso ya no únicamente en el diagnóstico, sino también en el seguimiento, la evaluación y el tratamiento.
Como contraparte esta es una técnica que a pesar de su precisión también cuenta con algunas limitaciones, como tener un personal familiarizado con la misma, e incomodidad para el paciente, principalmente debido al largo tiempo de empleo del esfigmomanómetro en comparación con las tomas de presión arterial convencionales, por lo que la educación es clave para que el paciente vea el beneficio de la misma, minimizando los errores y aportando una ventaja sobre la técnica convencional.

## 6 Bibliografía

1. https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Guia_abordaje_HTA_AP.pdf.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (EXC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

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

## Capítulo 84

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

## 1 Introducción

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

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

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

## 2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería que se deben tener en cuenta en el manejo de pacientes con enfermedad renal poliquística.

## 3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal poliquística, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

## 4 Resultados

Los cuidados de enfermería son esenciales para el manejo de la enfermedad renal poliquística. Estos cuidados se enfocan en el control de los síntomas, la prevención de complicaciones y la promoción de un estilo de vida saludable para los pacientes.
Para el control del dolor abdominal y la lumbalgia, los pacientes pueden requerir analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Sin embargo, se debe tener precaución con el uso prolongado de estos medicamentos, ya que pueden dañar los riñones y empeorar la enfermedad. Además, se recomienda el uso de técnicas de relajación y terapias alternativas para aliviar el dolor y reducir el estrés.
La prevención de infecciones urinarias es otro aspecto importante de los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal poliquística. Se debe fomentar una buena higiene y promover la ingesta adecuada de líquidos para mantener la orina diluida y evitar la acumulación de bacterias. Además, se deben tratar rápidamente las infecciones urinarias para prevenir su propagación y evitar daños

en los riñones.
Los cálculos renales son una complicación común de la enfermedad renal poliquística y pueden requerir tratamiento mediante la ingesta de líquidos, la administración de analgésicos y la intervención quirúrgica en casos graves. La enfermería debe brindar apoyo emocional y educar a los pacientes sobre las medidas preventivas para evitar la formación de cálculos renales.
Por último, una parte importante del papel enfermero es fomentar un estilo de vida saludable para prevenir la progresión de la enfermedad. Esto incluye promover una dieta equilibrada, baja en sodio y proteínas, y fomentar la actividad física moderada. Además, se debe educar a los pacientes sobre la importancia de controlar la presión arterial y mantener niveles saludables de colesterol y azúcar en sangre.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería son de vital importancia para el manejo de la enfermedad renal poliquística. La enfermería desempeña un papel crucial en el control de los síntomas, la prevención de complicaciones y la promoción de un estilo de vida saludable para los pacientes.
La enfermería debe trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, incluyendo médicos, nutricionistas y psicólogos, para brindar un cuidado integral y personalizado a los pacientes con esta patología. Es importante educar a los pacientes sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas y adoptar un estilo de vida saludable para prevenir la progresión de la enfermedad.
Además, la enfermería debe estar preparada para brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que la enfermedad renal poliquística puede ser una condición debilitante y afectar la calidad de vida de los pacientes. Es esencial proporcionar un ambiente de cuidado seguro y acogedor para los pacientes, en el que se sientan escuchados, respetados y apoyados.

## 6 Bibliografía

1. https://www.senefro.org/modules.php?name=
webstructure&idwebstructure=619.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 85

# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

CAROLINA SOLANA ROMERO

LUCIA RUBIO CORONADO

SOFIA VILLASEÑOR MANRIQUE

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

## 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 como es un infarto agudo de miocardio, las funciones del personal de enfermería y como 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

La enfermedad 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 86

# PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS UNA EXTRAVASACIÓN DE VINCRISTINA

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

CRISTINA GIJÓN RUIZ

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

## 1 Introducción

La extravasación de vincristina es una complicación potencialmente grave que puede ocurrir durante la administración de este medicamento antineoplásico, y requiere una atención de enfermería especializada para minimizar el daño tisular y prevenir complicaciones a largo plazo. La vincristina es un agente quimioterapéutico ampliamente utilizado en el tratamiento de diversas neoplasias, conocido por su eficacia en la detención del crecimiento de las células cancerosas. Sin embargo, su administración inadecuada o extravasación accidental puede tener consecuencias adversas significativas para el paciente.

La extravasación de vincristina implica la infiltración no intencionada del medicamento en los tejidos circundantes en lugar de ser infundido directamente en la

vena. Esto puede resultar en daño tisular, dolor, inflamación y, en casos graves, necrosis. Dado que la vincristina es un agente altamente vesicante, es esencial contar con un plan de cuidados de enfermería meticuloso y específico para abordar esta situación de manera efectiva.

En este contexto, la labor del personal de enfermería se convierte en un elemento crucial para la detección temprana de la extravasación, la mitigación de los efectos adversos y la promoción de la recuperación del paciente. Por lo tanto, en este plan de cuidados de enfermería tras una extravasación de vincristina, se abordarán minuciosamente las acciones necesarias para el manejo de esta complicación, con un enfoque en la prevención de complicaciones a largo plazo y la garantía de la seguridad y el bienestar del paciente afectado.

## 2 Objetivos

- Información de lo que implica la extravasación de vincristina, incluyendo sus causas, síntomas, riesgos y complicaciones potenciales.

## 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 Scorpus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El plan de cuidados de enfermería tras una extravasación de vincristina es esencial para minimizar los daños y promover la recuperación del paciente. La extravasación de vincristina puede causar lesiones graves en los tejidos circundantes y requerir atención inmediata. Aquí te proporciono un plan de cuidados de enfermería general para este escenario:

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de lesión tisular relacionado con la extravasación de vincristina.

**Objetivos:**
1. Prevenir daños adicionales en el tejido afectado.

2. Promover la cicatrización y la recuperación del tejido afectado.
3. Proporcionar apoyo emocional al paciente y su familia.

**Intervenciones de Enfermería:**

1. *Evaluación inicial:*
- Evaluar la zona de extravasación para determinar la extensión y la gravedad del daño.
- Registrar la cantidad y el tipo de quimioterapia extravasada.
- Valorar el dolor y la incomodidad del paciente.

2. *Detener la infusión:*
- Detener inmediatamente la infusión de vincristina para prevenir más extravasación.

3. *Aspiración de la sustancia extravasada:*
- Aspirar cuidadosamente la mayor cantidad posible de la sustancia extravasada utilizando una jeringa con aguja fina.

4. *Aplicación de calor o frío:*
- Aplicar calor o frío según las indicaciones del oncólogo para reducir la inflamación y el dolor.

5. *Elevación de la extremidad afectada:*
- Elevar la extremidad afectada para reducir la hinchazón y mejorar la circulación.

6. *Analgesia y manejo del dolor:*
- Administrar analgesia según las órdenes médicas para controlar el dolor.

7. *Comunicación con el oncólogo:*
- Notificar al oncólogo de inmediato sobre la extravasación para discutir posibles tratamientos adicionales.

8. *Documentación:*
- Documentar detalladamente la extravasación, incluyendo la hora de detención de la infusión, la cantidad aspirada y la respuesta del paciente.

9. *Educación al paciente y la familia:*
- Explicar al paciente y a su familia la situación y el plan de tratamiento.
- Proporcionar instrucciones sobre el cuidado de la zona afectada en el hogar.

10. *Seguimiento y evaluación continua:*

- Realizar un seguimiento cercano del paciente para detectar cualquier signo de complicaciones, como infección o necrosis tisular.

**Resultados Esperados:**
1. El paciente experimenta una mejora en el dolor y la inflamación.
2. Se minimizan los daños en los tejidos circundantes.
3. El paciente comprende y puede seguir las instrucciones para el cuidado en el hogar.
4. Se evitan complicaciones graves.

Es importante destacar que el plan de cuidados de enfermería puede variar según la gravedad de la extravasación y las recomendaciones específicas del oncólogo. Además, la atención de enfermería debe ser continua y adaptada a las necesidades individuales del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo de una extravasación de vincristina es una parte crítica de la atención de enfermería en pacientes que reciben quimioterapia. Un plan de cuidados de enfermería bien diseñado y ejecutado puede ayudar a minimizar el daño tisular, aliviar el dolor y promover la recuperación del paciente. La detección temprana, la intervención rápida y la comunicación efectiva con el equipo médico son fundamentales en este proceso. Además, proporcionar apoyo emocional al paciente y a su familia es esencial para abordar el impacto psicológico de esta situación. El cuidado de enfermería después de una extravasación de vincristina requiere una atención diligente y una evaluación continua para prevenir complicaciones graves y garantizar la mejor calidad de vida posible para el paciente.

## 6 Bibliografía

1. ”Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica” de Sharon L. Lewis, Margaret M. Heitkemper, Shannon Ruff Dirksen y Linda Bucher.
2. ”Manual de Enfermería de la Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos” de la Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos.

## Capítulo 87

# PLAN DE CUIDADOS EN ENFERMERIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

CRISTINA GIJÓN RUIZ

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

## 1 Introducción

La insuficiencia cardíaca es una afección crónica y debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los pacientes que padecen esta condición experimentan una disminución en la capacidad de su corazón para bombear sangre de manera eficiente, lo que puede provocar una serie de síntomas desafiantes, como dificultad para respirar, fatiga, edema y una disminución en la calidad de vida.

Para abordar de manera efectiva la insuficiencia cardíaca y mejorar la calidad de vida de los pacientes, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la planificación y ejecución de un Plan de Cuidados en Enfermería. Este plan personalizado se basa en una evaluación integral de las necesidades

físicas, emocionales y sociales de cada paciente y tiene como objetivo principal proporcionar un cuidado holístico que minimice los síntomas, promueva la autogestión y reduzca el riesgo de exacerbaciones.

En el núcleo de este enfoque de cuidado se encuentra la educación del paciente. Los enfermeros brindan información crucial sobre la dieta, el ejercicio, la medicación y la gestión de síntomas, empoderando a los pacientes para que tomen un papel activo en su propia salud. Además, la monitorización rigurosa juega un papel crucial en la detección temprana de signos de empeoramiento, lo que permite ajustar el tratamiento de manera oportuna.

La colaboración interdisciplinaria es otro pilar fundamental en el manejo de la insuficiencia cardíaca. Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con cardiólogos, dietistas, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral y coordinado. Esto asegura que los pacientes reciban el mejor tratamiento posible y tengan acceso a una amplia gama de servicios de apoyo.

En resumen, un Plan de Cuidados en Enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca es esencial para mejorar la calidad de vida de los afectados. A través de la educación, la monitorización y la colaboración interdisciplinaria, los enfermeros desempeñan un papel vital en el manejo exitoso de esta enfermedad cardiovascular crónica.

## 2 Objetivos

- Proporcionar información detallada y comprensible sobre la insuficiencia cardíaca, sus síntomas, causas y tratamiento.
- Exponer la importancia del cuidado integral y personalizado en el manejo de la insuficiencia cardíaca y cómo los cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en la mejora de la calidad de vida del paciente.

## 3 Metodología

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

# 4 Resultados

El plan de cuidados en enfermería para un paciente con insuficiencia cardíaca se basa en proporcionar atención integral para mejorar la calidad de vida del paciente, controlar los síntomas y prevenir complicaciones. Aquí tienes un ejemplo de un plan de cuidados en enfermería para un paciente con insuficiencia cardíaca:

**Diagnóstico de Enfermería:** Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con la insuficiencia cardíaca congestiva.

**Objetivos:**
1. Mejorar la oxigenación tisular.
2. Reducir la disnea y la fatiga.
3. Prevenir la retención de líquidos.

**Intervenciones de Enfermería:**

1. **Monitorización constante:**
- Realizar seguimiento continuo de los signos vitales, incluyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.
- Observar y registrar la aparición de signos de insuficiencia cardíaca, como edema, ortopnea y taquipnea.

2. **Administración de oxígeno:**
- Administar oxígeno según las indicaciones médicas para mantener una saturación de oxígeno adecuada.
- Enseñar al paciente a utilizar la terapia de oxígeno en casa, si es necesario.

3. **Manejo de líquidos:**
- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos del paciente.
- Educar al paciente sobre la restricción de sodio y líquidos, si es necesario.

4. **Educación al paciente:**
- Proporcionar información sobre la enfermedad, su tratamiento y la importancia del cumplimiento de medicamentos.
- Enseñar al paciente a reconocer los signos de empeoramiento y cuándo buscar atención médica.
- Promover un estilo de vida saludable, que incluya una dieta baja en sodio, ejercicio físico regular y evitar el tabaco y el alcohol.

5. **Apoyo emocional:**

- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia, ya que la insuficiencia cardíaca puede ser una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida.

6. **Control de medicamentos:**
- Administrar medicamentos según las indicaciones médicas, como diuréticos, inhibidores de la ECA, betabloqueantes, etc.
- Evaluar y registrar los efectos secundarios de los medicamentos.

7. **Seguimiento y evaluación:**
- Realizar seguimiento regular del paciente para evaluar la efectividad de las intervenciones y ajustar el plan de cuidados según sea necesario.

8. **Promoción de la autogestión:**
- Enseñar al paciente a llevar un registro de sus síntomas, su peso y su ingesta de líquidos.
- Fomentar la adherencia a las citas médicas y la toma de medicamentos.

Este es solo un ejemplo de un plan de cuidados en enfermería para un paciente con insuficiencia cardíaca. Es importante adaptar el plan a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud y sus circunstancias individuales. Además, el plan debe ser supervisado y ajustado por el equipo de atención médica de manera regular.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el plan de cuidados en enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca es esencial para proporcionar una atención integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este plan se centra en la monitorización constante, el control de los síntomas, la educación del paciente y el apoyo emocional. El objetivo es mejorar la oxigenación tisular, reducir la retención de líquidos y promover un estilo de vida saludable. Sin embargo, es fundamental adaptar el plan a las necesidades individuales de cada paciente y supervisarlo de cerca para garantizar su efectividad a lo largo del tiempo. El trabajo en equipo entre enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención de calidad a los pacientes con insuficiencia cardíaca.

# 6 Bibliografía

1. Manual de Cuidados en Enfermería al Paciente con Insuficiencia Cardíaca" de Carlos González de Vega.
2. "Insuficiencia Cardíaca: Enfermería y Cuidados de Salud" de Esther Zapatero.

## Capítulo 88

# PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON EPOC

SILVIA LEÓN MAS

ANTONIO PÉREZ BENÍTEZ

ALICIA SERRANO DUQUE

CRISTINA GIJÓN RUIZ

MARIA JOSE PUERTO RODRIGUEZ

## 1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una afección crónica y progresiva de los pulmones que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los pacientes con EPOC experimentan dificultades respiratorias, tos crónica y producción excesiva de moco, lo que limita su calidad de vida y puede llevar a hospitalizaciones frecuentes. La atención de enfermería desempeña un papel fundamental en el manejo de los pacientes con EPOC, ya que la enfermedad requiere un enfoque integral y personalizado para mejorar la función pulmonar y la calidad de vida de los afectados.

El Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería en pacientes con EPOC se convierte en una herramienta esencial para abordar esta compleja afección. Este plan

busca estandarizar las intervenciones de enfermería para garantizar una atención de alta calidad y consistente a todos los pacientes con EPOC. A través de este plan, los profesionales de enfermería pueden identificar las necesidades específicas de cada paciente, establecer objetivos de tratamiento, y proporcionar una atención individualizada que promueva la estabilidad de la enfermedad, reduzca las exacerbaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes.

En esta introducción, exploraremos los elementos clave de un Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería para pacientes con EPOC, destacando la importancia de un enfoque holístico en la atención de esta población. Además, abordaremos las estrategias y consideraciones esenciales para el manejo efectivo de la EPOC desde una perspectiva de enfermería, enfatizando la colaboración interdisciplinaria y la educación del paciente como pilares fundamentales de un tratamiento exitoso.

## 2 Objetivos

- Queremos proporcionar una comprensión sólida de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sus síntomas, factores de riesgo, complicaciones y enfoques de tratamiento.
- Nuestra intención es ofrecer pautas claras y recomendaciones específicas para la atención de pacientes con EPOC.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre sistemas de alimentación ininterrumpida, consultando las principales bases de datos seleccionando artículos en Google, y escogiendo aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

A continuación, te proporciono un ejemplo de un plan de cuidados estandarizado de enfermería para un paciente con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Ten en cuenta que este es solo un ejemplo y que los planes de cuidados pueden variar según las necesidades individuales del paciente y las políticas y protocolos del lugar de atención médica. Asegúrate siempre de adaptar el plan de

cuidados a la situación específica de cada paciente y consultar con un profesional de la salud.
Nombre del paciente: [Nombre del paciente]
Fecha: [Fecha]
Diagnóstico médico: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
Objetivo general: Mejorar la función respiratoria y calidad de vida del paciente, reducir la disnea y prevenir exacerbaciones.
Diagnósticos de enfermería:
1. Deterioro de la función respiratoria relacionado con la obstrucción de las vías aéreas.
2. Dolor relacionado con la tos y la dificultad para respirar.
3. Riesgo de infección relacionado con la exposición al medio ambiente y debilidad inmunológica.
4. Riesgo de insuficiencia cardíaca relacionado con la sobrecarga del corazón debido a la EPOC.

Intervenciones de enfermería:
1. Mejorar la función respiratoria:
- Administrar broncodilatadores según la prescripción médica y observar los efectos.
- Fomentar ejercicios de respiración profunda y tos efectiva.
- Supervisar la saturación de oxígeno y ajustar el flujo de oxígeno según sea necesario.
- Educación al paciente sobre la importancia de dejar de fumar y evitar la exposición al humo del tabaco y otros irritantes respiratorios.

2. Control del dolor:
- Administrar analgésicos según prescripción médica para aliviar el dolor relacionado con la tos y la dificultad para respirar.
- Fomentar el uso de técnicas de relajación y distracción para ayudar a controlar el dolor.

3. Prevención de infecciones:
- Educar al paciente sobre la importancia de mantenerse al día con las vacunas recomendadas, incluyendo la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica.
- Fomentar una buena higiene de manos y técnicas adecuadas de tos y estornudo.
- Supervisar signos de infección como fiebre, cambios en el esputo y dificultad respiratoria.

4. Prevención de insuficiencia cardíaca:

- Monitorizar constantemente la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Educación al paciente sobre la importancia de mantener un equilibrio adecuado entre actividad y descanso.
- Controlar la ingesta de sodio en la dieta para prevenir la retención de líquidos.

**Evaluación:**
Realizar evaluaciones regulares para medir el progreso del paciente en relación con los objetivos del plan de cuidados. Ajustar las intervenciones según sea necesario.

Este es solo un ejemplo de un plan de cuidados estandarizado para un paciente con EPOC. Los planes de cuidados deben ser individualizados y adaptados a las necesidades específicas del paciente. Además, es fundamental trabajar en colaboración con el equipo de atención médica para proporcionar la mejor atención posible.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado estandarizado de enfermería es una parte esencial de la atención integral y efectiva para pacientes con EPOC y otras condiciones crónicas. Este plan de cuidados proporciona un marco sólido para abordar las necesidades específicas del paciente, como mejorar la función respiratoria, controlar el dolor, prevenir infecciones y gestionar el riesgo de insuficiencia cardíaca. Sin embargo, es importante recordar que cada paciente es único, y los planes de cuidados deben adaptarse a sus circunstancias individuales.

La educación del paciente y la colaboración con otros profesionales de la salud son componentes clave para el éxito de cualquier plan de cuidados. La monitorización continua y la evaluación regular permiten realizar ajustes en el plan de cuidados según sea necesario para garantizar el progreso y la comodidad del paciente.

En última instancia, el objetivo principal de un plan de cuidados estandarizado en pacientes con EPOC es mejorar su calidad de vida, reducir la disnea y prevenir exacerbaciones, lo que requiere un enfoque integral y personalizado de atención centrada en el paciente.

# 6 Bibliografía

1. ”Enfermería Médico-Quirúrgica: Conceptos Básicos” de Ignatavicius y Workman.
2. ”Enfermería Clínica de Taylor” de Lynn, Taylor, y Bartlett.
3. ”Guía práctica de la EPOC para profesionales de la salud” de National Heart, Lung, y Blood Institute (NHLBI).
4. ”EPOC: Cuidados de enfermería en la cronicidad” de Carmen María García Alcaraz.

## Capítulo 89

# TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ANESTESIA LOCAL

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

LORENA CANO LOPEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

## 1 Introducción

La consulta de anestesia local es un servicio médico especializado que se proporciona antes de un procedimiento médico o quirúrgico en el cual se utiliza anestesia local. La anestesia local es un tipo de anestesia que se aplica directamente en un área específica del cuerpo para adormecerla y bloquear la sensación de dolor durante el procedimiento, mientras el paciente permanece despierto y consciente.

En la consulta de anestesia local, el anestesiólogo o profesional de la anestesia evalúa al paciente para determinar su idoneidad para este tipo de anestesia. Esto implica revisar su historial médico, alergias, medicamentos actuales y cualquier otra condición de salud que pueda afectar la respuesta a la anestesia local. Además, el anestesiólogo explica al paciente el procedimiento de anestesia

que se utilizará, los posibles efectos secundarios y riesgos, y responde a todas las preguntas y preocupaciones.
La consulta de anestesia local es crucial para garantizar la seguridad del paciente y la efectividad de la anestesia durante el procedimiento. El anestesiólogo trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y quirúrgico para adaptar la anestesia a las necesidades específicas de cada paciente y procedimiento. Esto permite un control preciso del dolor en la zona afectada, lo que mejora la comodidad del paciente y facilita la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos menores, como la extracción de un diente, la sutura de una herida o la biopsia de un tejido, de manera segura y eficaz.

En resumen, la consulta de anestesia local es un servicio médico especializado que se enfoca en la evaluación y administración de anestesia local antes de procedimientos médicos o quirúrgicos para garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante el proceso.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones de la enfermería en la consulta de anestesia local.

## 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 anestesia local es esencial para garantizar que los pacientes reciban una atención segura y efectiva durante procedimientos médicos o quirúrgicos que requieren anestesia local.
Aquí se describen las funciones clave que desempeña un enfermero en este entorno especializado:

- Evaluación y preparación del paciente: El enfermero realiza una evaluación completa del paciente antes de la consulta de anestesia local. Esto incluye revisar su

historial médico, alergias y cualquier medicamento que esté tomando. También explica el procedimiento de anestesia local, sus riesgos y beneficios, y responde a las preguntas y preocupaciones del paciente. Preparar al paciente emocionalmente para el procedimiento es fundamental para reducir la ansiedad.

- Apoyo emocional y educación: La consulta de anestesia local puede ser un momento estresante para los pacientes. Los enfermeros proporcionan apoyo emocional, ofrecen información clara sobre lo que pueden esperar durante la anestesia y aseguran que el paciente se sienta cómodo y seguro. También explican las instrucciones preoperatorias, como el ayuno antes del procedimiento.

- Asistencia al anestesiólogo: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el anestesiólogo para preparar el equipo y los medicamentos necesarios para la anestesia local. Esto incluye verificar la disponibilidad de los suministros, garantizar la esterilidad de los equipos y ayudar en la administración de la anestesia local según las indicaciones del anestesiólogo.

- Monitoreo del paciente: Durante el procedimiento, el enfermero realiza una monitorización constante del paciente para asegurarse de que esté respondiendo adecuadamente a la anestesia local y para detectar cualquier signo de malestar o reacciones adversas. Esto es esencial para garantizar la seguridad del paciente durante todo el procedimiento.

- Registro y documentación: Los enfermeros mantienen registros precisos y completos de la consulta de anestesia local, que incluyen detalles sobre la evaluación del paciente, la administración de anestesia y cualquier acontecimiento relevante durante el procedimiento. Esta documentación es esencial para la continuidad de la atención y la seguridad del paciente.

El enfermero en la consulta de anestesia local desempeña un papel vital en la evaluación, educación y apoyo emocional de los pacientes, así como en la asistencia al anestesiólogo durante la administración de la anestesia local. Su enfoque en la seguridad del paciente y la comodidad, junto con la documentación precisa, contribuye a una atención de alta calidad y una experiencia positiva para los pacientes que requieren procedimientos médicos o quirúrgicos con anestesia local.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de anestesia local, el enfermero puede implementar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y comprensible con el paciente es fundamental para reducir la ansiedad y garantizar que estén completamente informados sobre el procedimiento de anestesia local y lo que pueden esperar. Escuchar atentamente las preguntas y preocupaciones del paciente y responderlas de manera compasiva es esencial para establecer una relación de confianza.
En segundo lugar, la coordinación entre el equipo de atención médica es crucial. Trabajar en estrecha colaboración con el anestesiólogo y otros miembros del equipo para garantizar que todos estén al tanto de los detalles del procedimiento y cualquier requisito específico del paciente asegura una atención segura y sin complicaciones. La comunicación y la coordinación efectivas son clave para brindar una atención de calidad y para el bienestar del paciente.
Siguiendo estas recomendaciones, el enfermero puede contribuir en gran medida a la eficacia y seguridad de la consulta de anestesia local, garantizando que los pacientes se sientan cómodos y bien atendidos durante todo el proceso.

## 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 90

# TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE CURAS DE ENFERMERÍA

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

LORENA CANO LOPEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

## 1 Introducción

La consulta de curas de enfermería es un servicio médico que proporciona atención especializada y seguimiento a pacientes que requieren tratamientos de curas de enfermería para heridas o afecciones de la piel. Estas curas pueden incluir la limpieza de heridas, la aplicación de apósitos estériles, el control de infecciones, el cambio de apósitos o vendajes, y el monitoreo de la evolución de la herida.

En la consulta de curas de enfermería, el profesional de enfermería lleva a cabo una evaluación inicial de la herida o afección cutánea, determinando su gravedad y cualquier signo de infección. Luego, desarrolla un plan de cuidado específico para cada paciente, que puede incluir la frecuencia y el tipo de curas necesarias, así como la educación del paciente sobre cómo cuidar la herida en casa.

El objetivo principal de la consulta de curas de enfermería es promover la cicatrización adecuada de heridas, prevenir infecciones y proporcionar cuidados que mejoren la comodidad del paciente. También es un espacio donde se brinda apoyo emocional a los pacientes, ya que las heridas pueden ser angustiantes. Esta consulta desempeña un papel crucial en el proceso de recuperación de pacientes con heridas crónicas, postoperatorias o heridas agudas, contribuyendo a su bienestar general y a la prevención de complicaciones.

## 2 Objetivos

Mostrar las funciones de la enfermería en la consulta de curas.

## 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 de curas de enfermería juega un papel esencial en la atención de pacientes que requieren tratamientos especializados para heridas o afecciones de la piel.
A continuación, se describen las funciones clave que desempeña:

- Evaluación y planificación del cuidado:
El enfermero realiza una evaluación exhaustiva de la herida o afección cutánea del paciente. Esto implica evaluar la ubicación, el tamaño, la profundidad y la posible infección. Con esta información, el enfermero planifica un plan de cuidado específico que puede incluir la frecuencia y el tipo de curas necesarias.

- Realización de las curas:
El enfermero lleva a cabo las curas de enfermería siguiendo el plan de cuidado establecido. Esto puede implicar la limpieza de la herida con soluciones estériles, la aplicación de apósitos adecuados, la administración de medicamentos tópicos,

el cambio de apósitos o vendajes, y el control de infecciones. Se requiere habilidad y experiencia para realizar estas curas de manera eficaz y segura.

- Monitoreo y seguimiento:
El enfermero mantiene un seguimiento constante de la herida o afección cutánea del paciente para evaluar la evolución y detectar cualquier signo de infección o complicación. Esto implica la documentación cuidadosa de la condición de la herida, los signos vitales y cualquier cambio en el estado del paciente.

- Educación del paciente:
El enfermero desempeña un papel crucial al educar al paciente sobre cómo cuidar adecuadamente la herida en casa. Proporciona instrucciones claras sobre la higiene, la administración de medicamentos, la prevención de infecciones y cualquier otro cuidado específico necesario. La educación empodera al paciente para participar activamente en su proceso de recuperación.

- Apoyo emocional:
Las heridas pueden ser dolorosas y angustiantes para los pacientes. El enfermero brinda apoyo emocional, escucha las preocupaciones del paciente y ofrece comprensión y empatía. Esto contribuye significativamente al bienestar emocional del paciente durante el proceso de curación.

- Coordinación del cuidado:
El enfermero trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y especialistas, para garantizar que el plan de cuidado sea integral y eficaz. La comunicación efectiva es clave para asegurar una atención coordinada y de calidad.

El enfermero en la consulta de curas de enfermería desempeña un papel multifacético que abarca desde la evaluación y la realización de curas hasta la educación del paciente y el apoyo emocional. Su experiencia y habilidades son fundamentales para promover una cicatrización adecuada de heridas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes que requieren cuidados especializados en heridas.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de curas de enfermería, es esencial seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, mantenga una comunicación efectiva con los pacientes. Escuche sus preocupaciones, responda a sus preguntas y bríndeles información clara sobre sus cuidados y el proceso de cicatrización. Una comunicación abierta y comprensiva fortalece la relación entre el paciente y el enfermero, lo que puede mejorar la cooperación del paciente y su bienestar emocional.
En segundo lugar, priorice la educación del paciente. Proporcione instrucciones detalladas sobre el autocuidado en casa, incluyendo la higiene de la herida, la administración de medicamentos y las señales de advertencia de complicaciones. Un paciente bien informado está mejor preparado para cuidar su herida de manera efectiva y puede contribuir a una recuperación exitosa.
Por último, mantenga registros precisos y actualizados de las curas realizadas y la evolución de las heridas. Esto garantiza una atención consistente y una documentación adecuada para fines de seguimiento y referencia. Además, colabore de manera efectiva con otros miembros del equipo de atención médica para una atención integral y coordinada.
Siguiendo estas recomendaciones, la consulta de curas de enfermería puede ofrecer un servicio de alta calidad que promueva una cicatrización efectiva y el bienestar general de los pacientes que requieren cuidados especializados en heridas.

## 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 91

# TRABAJO DE LA FIGURA DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA HOSPITALARIA

ZULEMA GÓMEZ MARTÍNEZ

CARMEN SILLER ZAMORA

ÁNGELA PÉREZ RODRÍGUEZ

LORENA CANO LOPEZ

DAVID MARTINEZ GÓMEZ

## 1 Introducción

La consulta de traumatología hospitalaria es un servicio médico especializado que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones traumáticas y problemas músculo-esqueléticos. Esta rama de la medicina se centra en tratar a pacientes que han sufrido accidentes, lesiones deportivas, fracturas, luxaciones, trastornos óseos y articulares, y otras afecciones relacionadas con el sistema músculo-esquelético.

En la consulta de traumatología, un equipo de profesionales médicos, encabezado por un traumatólogo, evalúa a los pacientes para determinar la naturaleza y la gravedad de sus lesiones. Esto incluye la realización de exámenes físicos, pruebas de diagnóstico por imágenes como radiografías o resonancias magnéticas, y en

algunos casos, procedimientos mínimamente invasivos o cirugía para tratar las lesiones.
El objetivo principal de la consulta de traumatología es proporcionar atención integral a los pacientes lesionados, aliviar el dolor, restaurar la función músculo-esquelética y promover la recuperación. Los tratamientos pueden incluir inmovilización con férulas o yesos, terapia física, medicamentos para el dolor y, en casos graves, procedimientos quirúrgicos para reparar o reconstruir tejidos dañados.
Además del tratamiento directo de las lesiones, la consulta de traumatología también se enfoca en la prevención de futuras lesiones músculo-esqueléticas. Esto implica brindar educación a los pacientes sobre cómo evitar lesiones y promover estilos de vida saludables que fortalezcan los músculos y huesos.
La consulta de traumatología hospitalaria es un servicio médico especializado que se dedica al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones traumáticas y afecciones músculo-esqueléticas. Su enfoque es restaurar la función y mejorar la calidad de vida de los pacientes lesionados, así como prevenir lesiones futuras a través de la educación y el cuidado adecuado.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones clave que desempeña un enfermero en la consulta de traumatología 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 papel del enfermero en la consulta de traumatología hospitalaria es fundamental para proporcionar una atención integral y de alta calidad a los pacientes que presentan lesiones músculo-esqueléticas y traumáticas.
Aquí se detallan las funciones clave que desempeña un enfermero en este entorno especializado:

- Evaluación y registro de datos: El enfermero lleva a cabo una evaluación inicial de los pacientes, recopilando información sobre la historia clínica, los síntomas y la naturaleza de la lesión. Registra cuidadosamente estos datos, lo que ayuda al traumatólogo a tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento.

- Preparación para procedimientos y cirugías: En la consulta de traumatología, los pacientes pueden requerir diversos procedimientos, desde la aplicación de yesos hasta cirugías ortopédicas. El enfermero prepara al paciente para estos procedimientos, brindando información sobre qué esperar, las restricciones preoperatorias y las posibles complicaciones.

- Administración de medicamentos y cuidados postoperatorios: Si es necesario, el enfermero administra medicamentos, como analgésicos o antibióticos, y brinda cuidados postoperatorios. Esto incluye la monitorización de signos vitales, la evaluación de la cicatrización de heridas y la prevención de infecciones.

- Educación al paciente: El enfermero desempeña un papel crucial al educar al paciente sobre su lesión, su plan de tratamiento y las recomendaciones para el autocuidado en casa. Proporciona instrucciones claras sobre ejercicios de rehabilitación, el uso de dispositivos ortopédicos y la importancia del seguimiento médico.

- Apoyo emocional: Las lesiones músculo-esqueléticas pueden ser dolorosas y desafiantes emocionalmente. El enfermero brinda apoyo emocional, escucha las preocupaciones del paciente y alienta el cumplimiento del tratamiento. El apoyo psicológico es esencial para la recuperación completa del paciente.

- Coordinación del cuidado: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el equipo de atención médica, incluido el traumatólogo, fisioterapeutas y técnicos de radiología, para garantizar una atención coordinada y continua. La comunicación efectiva es esencial para un tratamiento integral y exitoso.

- Prevención de infecciones: Los enfermeros en traumatología son responsables de garantizar prácticas de asepsia y esterilización adecuadas para prevenir infecciones en pacientes con heridas abiertas o cirugías. Esto incluye el control de la higiene en el entorno de atención y el seguimiento de las pautas de prevención de infecciones.

El enfermero en la consulta de traumatología hospitalaria desempeña un papel crucial en la evaluación, el tratamiento y el cuidado integral de pacientes con le-

siones músculo-esqueléticas. Su experiencia y dedicación contribuyen significativamente a la recuperación exitosa de los pacientes y su bienestar general.

## 5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de traumatología hospitalaria, los enfermeros pueden implementar las siguientes recomendaciones:
En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y comprensible con los pacientes, sus familias y el equipo médico es fundamental. Proporcionar información detallada sobre el plan de tratamiento, las expectativas y las pautas de autocuidado ayuda a reducir la ansiedad del paciente y mejora su cooperación en el proceso de recuperación.
En segundo lugar, la coordinación interdisciplinaria es clave. Trabajar en estrecha colaboración con traumatólogos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud garantiza una atención integral y continua. La sincronización de esfuerzos y la revisión constante de los planes de tratamiento contribuyen al éxito general de la consulta de traumatología.
Siguiendo estas recomendaciones, los enfermeros pueden desempeñar un papel vital en el funcionamiento eficaz de la consulta de traumatología, brindando atención de calidad, apoyo emocional y contribuyendo al bienestar y la recuperación de los pacientes con lesiones músculo-esqueléticas.

## 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 92

# MANEJO EXTRAHOSPITALARIO: POLITRAUMATIZADO TRAS ACCIDENTE DE MOTO

ANA AZNAREZ IBAÑEZ

ZUBEROA AZNÁREZ IBÁÑEZ

BIDANE LIZARRAGA MOZO

MIGUEL DÍEZ REVIRIEGO

GARAZI ECHEVERRIA NAGORE

## 1 Introducción

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida.

La atención al paciente politraumatizado debe ser continuada, coordinada, sistemática y con reevaluación constante. La secuencia de actuación incluye: la valoración de la escena, la estimación inicial de la gravedad, valoración primaria, el traslado primario prioritario, la valoración secundaria y estabilización y por último el traslado a centro útil.

Los politraumatismos secundarios a accidentes de tráfico, laborales o por otra causa, suponen en España una de las causas más frecuentes de muerte.

El impacto de este problema exige un abordaje correcto y coordinado, por lo que se debe aumentar el compromiso y formación de los servicios de emergencias extrahospitalarias y hospitalarias. De esta manera, tenemos que trabajar para que se consiga limitar la gravedad de las lesiones, prevenir las posibles muertes y discapacidades y lograr una correcta evolución de los pacientes que hayan sobrevivido a dicha situación.

Este capítulo pretende analizar y explicar la atención al paciente adulto politraumatizado debido a un accidente de moto y así servir de guía para la asistencia de los posibles casos reales.

## 2 Objetivos

- Explicar la secuencia de actuación ante el paciente adulto politraumatizado
- Conocer las posibles complicaciones derivadas del accidente de moto.

## 3 Caso clínico

Juan paciente varón de 45 años que es atendido por nuestro equipo de SVA formado por 2 técnicos (TES) y una enfermera. El aviso llega como un accidente de motocicleta que ha afectado a una sola persona, el conductor de la moto, en una de las carreteras principales de Madrid.
Al llegar al lugar de los hechos la policía ya ha asegurado la zona y nos da permiso para iniciar la asistencia.

VALORACIÓN DE LA ESCENA
Se trata de Juan varón de 45 años que conducía la moto, cuando se ha desestabilizado y ha caído del vehículo, a 50 km/h. El paciente llevaba casco, aunque ha perdido el conocimiento con recuperación del mismo antes de que llegara la asistencia sanitaria. Ha salido despedido del vehículo cayendo de costado derecho.
Como ya habían informado es la única víctima del accidente y los pasajeros de un vehículo que circulaba por esa misma carretera son los que han dado aviso de lo ocurrido.
A nuestra llegada el paciente se encuentra desplomado en el suelo.

ESTIMACIÓN INICIAL DE LA GRAVEDAD
El paciente es un politraumatizado a velocidad considerable (50 km/h). Teniendo en cuenta el mecanismo lesional es probable que se hayan producido múltiples

fracturas. Además, el hecho de que el paciente haya sufrido una pérdida de conciencia tras el impacto nos indica que puede haber un traumatismo craneoencefálico.
El paciente en el momento de la estimación inicial se encuentra:
- Consciente y orientado.
- Taquipneico y con ligera disnea, dolor con la respiración.
- Pulso radial presente (nos indica presión arterial sistólica superior a 80 mmhg) y perfusión tisular adecuada.
- Alerta y nervioso por la situación. Respuesta motora adecuada (componente motor de escala de coma de glasgow 6 puntos ).

VALORACIÓN PRIMARIA
Tras poner al paciente en posición decúbito supino, comenzamos a realizar la valoración primaria conforme al esquema ABCDE.
En primer lugar, valoramos la vía aérea y como el paciente está consciente estabilizamos la columna cervical mediante collarín (lo realizarán los dos TES ).

En segundo lugar, valoraremos la respiración del paciente. El paciente tiene una frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto (taquipnea), superficial, con disnea y dolor los movimientos respiratorios, saturación del oxígeno 93% lo que nos indica la necesidad de administración de oxígeno. La auscultación no nos indica que haya áreas pulmonares con hipoventilación. En la exploración, ambos hemitórax se expanden de manera simultánea aunque con dolor, no existen deformidades a nivel de la tráquea y al explorar la caja torácica encontramos un pequeño hundimiento costal en el hemitórax derecho lo que nos puede indicar algunas fracturas costales.

Tras la valoración de la ventilación, realizaremos una rápida inspección de posibles puntos sangrantes que puedan producir una hemorragia y comprometer el estado del paciente. En la movilización del paciente a decúbito supino hemos aprovechado para inspeccionar la espalda donde no hemos encontrado lesiones. En el estudio de las extremidades, encontramos un punto sangrante a nivel de la tibia proximal derecha. Se trata de una posible fractura abierta , dado que el sangrado no es muy importante y la perfusión distal no está comprometida ( encontramos pulso pedio, no hay frialdad de la extremidad y la sensibilidad no está alterada) cubriremos inicialmente la herida con unas compresas estériles y continuaremos con la valoración primaria, dejando su tratamiento para la valoración secundaria y la estabilización del paciente.

Además de esta fractura a nivel de la tibia, el paciente refiere dolor en la ex-

tremidad superior derecha. En la exploración encontramos dolor, tumefacción e incapacidad funcional, con dolor en la palpación del húmero , lo que nos hace sospechar de una fractura de húmero. También, encontramos deformidad, dolor y crepitación a nivel de la clavícula derecha compatible con una fractura.

A continuación pasamos a valorar la circulación , el registro del ECG nos muestra una taquicardia sinusal a 110 lpm, el paciente se encuentra nervioso y dolorido. T/A de 135/86 mmhg. El relleno capilar es adecuado por lo que la perfusión tisular no está comprometida. Presenta buena coloración de la piel y la temperatura es de 36,2º.

A nivel neurológico, las pupilas son isocóricas y normorreactivas. La escala de coma de Glasgow (GCS) nos da los siguientes resultados:
- Apertura ocular espontánea 4 puntos .
- El paciente se encuentra consciente y orientado, recuerda que ha sufrido un impacto con la moto aunque no recuerda los momentos posteriores, ya que ha sufrido una pérdida de conciencia que ha recuperado antes de nuestra llegada. 5 puntos .
- Respuesta motora: Obedece órdenes, le pedimos que abra y cierre las manos algo que realiza con algo de dolor pero sin dificultad. 6 puntos .

Por tanto , su valoración neurológica por el momento es adecuada aunque teniendo en cuenta que ha sufrido una pérdida de conciencia tras el impacto no podemos descartar la posibilidad de que exista un TCE.

Tras esta valoración primaria como el estado del paciente es estable procederemos a trasladarlo a la ambulancia para continuar con las actuaciones. Nos hemos puesto en contacto con el médico de la unidad que está de camino. Para ello, antes de realizar el traslado, canalizaremos una vía venosa periférica que nos permita administrar analgesia y procederemos a inmovilizar las fracturas.

Tras canalizar la VVP en la ESI ( evitaremos la ESD por la presencia de lesiones en dicha extremidad y por la mayor comodidad de la ESI en el manejo en la ambulancia), procederemos a la inmovilización y movilización del paciente. El médico de la unidad ya ha llegado al lugar del siniestro. Como he explicado anteriormente el paciente tiene una posible fractura de tibia proximal en la EID, de húmero y clavícula en ESD y de fracturas costales en hemitórax derecho. La enfermera realizada una limpieza con suero fisiológico, gasas estériles y vendaje en la fractura abierta de tibia proximal derecha y el TES 1 procederá a colocarle una férula de inmovilización. Mientras, el TES 2 colocará férula de inmovilización en la ESD.

El médico de la unidad ha pautado fentanilo intravenoso en bolo, 75 mg. Como la presentación de la ampolla es de 150 mg/3 ml administramos la mitad de la ampolla, 1,5 ml.

TRASLADO PRIMARIO PRIORITARIO

Después de asegurar la analgesia e inmovilización de posibles fracturas del paciente , procederemos a movilizar al paciente a la camilla cuchara. El médico se colocará en cabeza para inmovilización cervical ( previamente se había colocado collarín cervical philadelphia), la enfermera se encargará de movilizar el tronco y extremidades superiores y TES 1 de las extremidades inferiores. El TES 2 será el encargado de colocar la camilla cuchara primero en un lado y posteriormente en el otro. La lateralización del paciente se realizará sobre el lado izquierdo, ya que el lado derecho es el más afectado.

Aprovechamos la lateralización del paciente para visualizar la espalda, en donde no encontramos lesiones. Luego, iniciaremos el traslado del paciente a la ambulancia.

VALORACIÓN SECUNDARIA Y ESTABILIZACIÓN

En esta valoración se realizarán todas aquellas acciones que no se hayan realizado antes por tener una menor prioridad. Mientras que se realiza esta valoración, el TES 1 y TES 2 se encargarán de colocar todo a punto para comenzar el traslado al centro útil y a ayudaran con los distintos procedimientos que se tengan que realizar antes del traslado.

La enfermera extraerá una analítica sanguínea y mientras que el TES 1 la procesa, y el TES 2 colocá una mascarilla de oxígeno al paciente a 3 L, la enfermera y el médico comenzarán a realizar una reevaluación del estado del paciente.

Comenzaremos por determinar de nuevo las constantes:
- FC: 87 lpm
- T/A: 117/76 mmhg
- ECG: Se realizará ECG de 12 derivaciones que colocará el TES 2. Ritmo sinusal 85 lpm
- Enfermera valora el pulso, pulso radial presente , buen relleno capilar. Pulsos periféricos presentes, buena coloración y perfusión periférica
- Tª 36,3º
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm

- Respiración menos superficial que en anterior valoración aunque persiste dolor en movimientos respiratorios.
- Saturación del O2: 96% con mascarilla a 3 L
- Auscultación por parte del médico, no presencia de áreas de hipoventilación
- Enfermera se coloca a los pies del paciente y desde diferentes perspectivas, ambos hemitórax se expanden de manera adecuada y simétrica, no sospecha de neumotórax ni hemotórax.

Asimismo volveremos a valorar por si hubiera modificaciones en el estado neurológico del paciente :
- Pupilas isocóricas y normorreactivas.
- Escala de Glasgow: a. Paciente abre los ojos espontáneamente 4 puntos b. Está consciente y orientado, el habla es coherente y nos podemos comunicar con el. 5 puntos c. Respuesta motora : Obedece a las órdenes 6 puntos

- El paciente sigue alerta aunque algo más relajado que en el primer momento
- Valoración del dolor: la analgesia ha sido efectiva aunque persiste algo de dolor.
- Valoramos pulsos periféricos, movilidad, y sensibilidad de los miembros con especial atención en las extremidades con posibles fracturas para detectar posibles alteraciones en sensibilidad y perfusión.

Tras la toma de las constantes se evaluará de manera sistemática al paciente de la cabeza a los pies, mediante inspección , palpación , percusión y auscultación.

Cara:
- Exploramos ojos en busca de lesiones, no hay presencia de lesiones a nivel ocular y la agudeza visual está conservada.
- Al explorar la cara se observan rasguños superficiales a nivel del pómulo derecho. No encontramos hundimientos, crepitaciones, deformidades ni fracturas.
- La boca se encuentra en buen estado

Cráneo:
- No se objetivan alteraciones de la estructura ósea, scalps ni ningún signo patológico. No obstante el paciente ha sufrido un fuerte impacto y ha perdido el conocimiento por lo que no se descartan lesiones internas.

Cuello:
- Pulsos carotídeos presentes , no presenta heridas
- Posición traqueal correcta

- En la exploración cérvico-medular no encontramos dolor, crepitaciones ni desviaciones

Tórax:
- Exploramos la pared torácica, encontramos múltiples fracturas costales en hemitórax derecho, con crepitantes y dolor en la palpación
- Ambos hemitórax se expanden de manera simultánea, aunque con dolor por las fracturas
- La auscultación es normal.

Abdomen:
- Blando y depresible, no doloroso a la palpación
- Auscultación normal

Zona perineal:
- No presenta desgarros, heridas ni sangrado
- La sensibilidad es normal.

Pelvis:
- En la exploración no encontramos deformidades , heridas , hematomas o crepitaciones.

Extremidades:
-Buscaremos fracturas abiertas o cerradas, luxaciones y lesiones músculo - ligamentosas. Encontramos una fractura abierta en tibia proximal derecha, el sangrado no es muy importante y la sensibilidad esta intacta. Realizaremos una cura y desinfección básica e inmovilizaremos la extremidad.
- Procederemos a efectuar una valoración vasculo nerviosa distal continua de todas las extremidades, con especial atención a las extremidades de las posibles fracturas.
- Retiraremos los objetos que puedan comprometer la circulación (anillos, collares, pulseras,…)

Espalda:
- No encontramos heridas ni zonas con deformidades. La sensibilidad esta conservada

Realizaremos las pruebas que no hayamos realizado previamente (glucemia,… )

TRASLADO A CENTRO ÚTIL

- Informaremos al centro receptor que corresponda y realizaremos un preaviso informando de las características del paciente.
- Trasladaremos al paciente en la postura optima según su patología ( TCE postura sentada)
- El traslado se realizara por el trayecto más corto que permita mantener la velocidad constante.
- Si es necesario se solicitará ayuda a la policía para facilitar el traslado
- Por ultimo realizaremos la transferencia del paciente a la enfermera y médico responsables informando de todo el proceso y medidas tomadas previamente.

## 4 Discusión-Conclusión

- Es necesario conocer y llevar protocolizar las actuaciones requeridas en la atención de paciente adulto politraumatizado.
- El politraumatismo a causa de un accidente de tráfico es una situación de urgencia muy habitual en nuestro medio por lo que su correcta asistencia es vital.
- Las enfermeras y todo el equipo de asistencia deben conocer todas las medidas que se tiene que llevar a cabo en dicha situación, así como todas las particularidades de estos casos.
- De esta manera la formación sanitaria en urgencias extrahospitalarias se convierte en un esencial y los casos clínicos del manejo de estos pacientes pueden ser herramientas muy útiles para el aprendizaje.

## 5 Bibliografía

1- Ministerio de Sanidad. Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2010 [cited 2023 Sep 27]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/seguridadVial/documentosTecnicos/docs/Buenaspracticasaccidentadotrafico.pdf.
2- Manual de Procedimientos · SAMUR Protección Civil [Internet]. www.madrid.es.
Available from: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/index.html.
3- Combalía Aleu A, García Ramiro S, Segur Vilalta JM, Ramón Soler R. Fracturas abiertas (I): evaluación inicial y clasificación. Medicina Integral [Internet]. 2000 Feb 15;35(2):43–50. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-fracturas-abiertas-i-evaluacion-inicial-15354.
4- Guía clínica de Fracturas del húmero [Internet]. www.fisterra.com.

Available from: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/fracturas-humero/.

## Capítulo 93

# SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET) EN URGENCIAS

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

NIEVES HEREDIA ALONSO

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

## 1 Introducción

El triaje es una herramienta de valoración muy útil, ya a los servicios de urgencias suele acudir mucha gente y esto permite clasificar en función del nivel de urgencia y gravedad para atender de manera más precoz a los que más precisen asistencia médica. De esta manera, los más urgentes serán atendidos antes y los menos urgentes se evaluarán y esperarán hasta ser atendidos por el médico para la demanda y las necesidades clínicas no sobrepasen la disponibilidad de recursos. Es herramienta muy fácil y rápida de aplicar, además de que es muy eficaz y eficiente. Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006), Soler, W. I. L. F. R. E. D. O., Gómez Muñoz, M. Et al. (2010).

Dominique Jean Larre, padre del triaje moderno, ya en la época de Napoleón se dio cuenta de que clasificando a las personas en función de gravedad podría así atender a los que peor estaban más rápido para salvar el máximo número de vidas posibles. A este método se denominó triaje que proviene de la palabra francesa "trier" lo cual quiere decir escoger, separar o clasificar y a lo largo de los años se ha ido perfeccionando y se han desarrollado diferentes métodos de triaje tanto para diversas situaciones y lugares hasta llegar al usado en las urgencias de España que es el Sistema Español de Triaje (SET). Resendiz, J. L., Estrada, M.

D. V. M., & Quezada, R. L. (2006), Soler, W. I. L. F. R. E. D. O., Gómez Muñoz, M. Et al. (2010).
Actualmente, existen 5 métodos de triaje "La Australia Triage scale" (ATS), "La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale" (CTAS), "El Manchester Triage System" (MTS), "El Emergency Severity Index" (ESI) y "El Sistema Español de triaje" (SET). Este último será en el que se centrará esta investigación como se ha comentado anteriormente, ya que es uno de los más usados en España. Además, debido a su importancia se ve la necesidad de darlo a conocer. Soler, W. I. L. F. R. E. D. O., Gómez Muñoz, M. Et al. (2010).

## 2 Objetivos

-Dar a conocer el Sistema Español de Triaje (SET) y su funcionamiento para una mejora de atención en el triaje de los servicios sanitarios de urgencias.

## 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 "triaje" "Sistema Español de triaje" "SET" "España" unidas mediante el operador booleano "AND" y "OR".
-Criterios de inclusión: artículos en español e inglés, que hablasen del SET.
- Criterios de exclusión: aquellos artículos que hablasen del SET para la valoración de una enfermedad, parámetro, síntoma, signo…

## 4 Resultados

Gómez Jiménez y colaboradores crean en junio de 2000, en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra, un método novedoso para triar llamado «Model Andorrá de Triatje» (MAT). En este hay un cambio del CTAS que hace que se pase de una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, a una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico con 56 categorías sintomáticas y 2 discriminantes clave (constantes vitales y nivel de dolor). Sus principios fundamentales son: Benavente, R.

A. (2014), Soler, W. I. L. F. R. E. D. O., Gómez Muñoz, M. Et al. (2010), Vázquez Galbán, L. (2015)
- Triaje de 5 niveles normalizado.
- Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.
Benavente, R. A. (2014), Soler, W. I. L. F. R. E. D. O., Gómez Muñoz, M. Et al. (2010), Vázquez Galbán, L. (2015).
Algunos puntos que se quieren analizar en el triaje son el tiempo desde que llega el paciente hasta que se le tría, cuanto dura este, cuanto espera para ser atendido por el médico y cuántos pacientes no llegan a ser atendidos. Fernández Álvarez, M. (2014).
En 2003 se instaura en España por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencia (SEMES) pasando a llamarse Sistema Español de TRIAJE (SET). Según este se requiere una formación de 1 año para poder usar este sistema, al contrario de otros organismos que no piden un mínimo de experiencia y está diseñado para enfermería, pero debe cumplir unas aptitudes y actitudes adecuadas para esta sección de trabajo. Vázquez Galbán, L. (2015), Villaplana Bernabeu, J. (2016). Este tiene 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías con 578 motivos clínicos de consulta, relacionados con las categorías y subcategorías sintomáticas. Serrano Benavente, R. A. (2014).
Cuando se trata de triar SET clasifica de la siguiente manera: Serrano Benavente, R. A. (2014).
- Nivel I – Color azul – Categoría reanimación – Atención inmediata
- Nivel II – Color rojo – Categoría emergencia – Atención enfermería inmediata / médicos 7 minutos
- Nivel III – Color naranja – Categoría urgente – Atención 30 minutos
- Nivel IV – Color verde – Categoría menos urgente – Atención 45 minutos
- Nivel V – Color negro – Categoría no urgente – Atención 60 minutos
Los discriminantes existentes nos permite diferenciar el nivel de urgencia. Estos son las constantes que permiten diferenciar según la sintomatología entre los niveles II y III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, SpO2, glucemia capilar, Glasgow, NIHSS); signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión) y el dolor. Serrano Benavente, R. A. (2014).
A la hora de elegir se debe anteponer un paciente a otro, teniendo en cuenta que

la escala que se usará tiene que ser útil, es decir, a la hora de asignar una categoría, lo que le suceda al paciente y la gravedad deberán concordar. Además, debe ser válida, lo cual quiere decir que esa categoría que hemos asignado sea la que de verdad le corresponde y también debe ser reproducible, o en otras palabras que la categoría que corresponda en cada caso a un paciente deberá ser la misma siempre sea donde sea y con un profesional u otro. Andújar, J. M., Maldonado, A. D. A., & Jódar, I. M. (2016).
Por último, el SET incluye algoritmos clínicos, los cuales tienen preguntas cerradas y concisas que permiten elegir fácilmente con respuestas de sí o no y pueden hacer que el proceso de entrevista del triaje sea rápido, pero eficaz si es que así lo requiere la situación. Villaplana Bernabeu, J. (2016).

## 5 Discusión-Conclusión

SET puede ser muy útil no solo en las urgencias diarias de un hospital, sino también en caso donde haya masificaciones debido a su fácil uso, a su gran validez, fiabilidad, eficacia y a su muchas otras cualidades.
Es un sistema que se ha implantado de manera muy efectiva en el que la gente se ha de formar para llevar a cabo una mejor valoración para cumplir con sus criterios de reproductibilidad, validez y utilidad. Además de esto, es necesario conocer el funcionamiento para disminuir los tiempos de espera de las personas que más lo necesiten para impedir agravar sus situaciones, situaciones las cuales debemos reconocer y no sólo eso debemos de plasmar esa gravedad en el programa de triaje en este caso en el SET para evitar complicaciones y también masificaciones.

## 6 Bibliografía

- Andújar, J. M., Maldonado, A. D. A., & Jódar, I. M. (2016). Sistemas de triaje en servicios de urgencias generales, en hospitales españoles: triaje estructurado. Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud Volumen I, 69.
- Benavente, R. A. (2014). Sistema de triaje en urgencias generales (Master's thesis, Universidad Internacional de Andalucía).
- Fernández Álvarez, M. (2014). Estudio comparativo entre el Sistema de Triaje de Manchester (MTS) y Sistema Español de Triaje (SET).
- Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. Medicina interna de México, 22(4), 310-316.
- Serrano Benavente, R. A. (2014). Sistema de triaje en urgencias generales (Master's thesis, Universidad Internacional de Andalucía).

- Soler, W. I. L. F. R. E. D. O., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. Medicina interna de México, 22(4), 310-316.
- Vázquez Galbán, L. (2015). Triage en urgencias hospitalarias. Revisión bibliográfica.
- Villaplana Bernabeu, J. (2016). El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios españoles y mundiales.

## Capítulo 94

# ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LAS MADRES QUE ACABAN DE DAR A LUZ EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

## 1 Introducción

El puerperio es el periodo comprendido desde el alumbramiento de la placenta en el parto hasta la primera menstruación.Este periodo se divide clínicamente en tres etapas:
1. Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas.
2. Puerperio clínico: Esta etapa suele durar entre 2-4 días. Va desde el final del periodo inmediato hasta que la puérpera es dada de alta en el hospital.3. Puerperio tardío: El final de este periodo coincide con la aparición de la primera menstruación y con el final de los cambios que se han producido en el embarazo. Después del parto y en los días sucesivos, el organismo de la mujer empieza a

sufrir muchos cambios y una nueva alteración hormonal que tiene dos objetivos: que las mamás empiecen a producir leche y que el útero se contraiga. Por ello, por un lado, caen los estrógenos y la progesterona, que volverá a aumentar cuando se restablezca el ciclo ovárico. La prolactina aumenta, es la hormona encargada de la producción de leche materna y también la oxitocina, que es la hormona que provocó las contracciones uterinas que facilitaron el nacimiento del bebé y ahora se encarga de contraer el útero tras el parto para evitar así la hemorragia.
En el puerperio el organismo materno empezará a expulsar los loquios, a principio de color rojo intenso, pero a medida que pasan los días se vuelven de una tonalidad más asalmonada o serosa, para finalmente convertirse en una secreción blanquecina hasta desaparecer a las 3-4 semanas.

## 2 Objetivos

- Explicar los cuidados de enfermería necesarios en el puerperio inmediato, clínico y tardío.
- Exponer la importancia de una buena educación para la salud en el puerperio

## 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

Esta labor se centrará sobre todo en la atención prestada al paciente por parte del equipo de enfermería en el Postparto inmediato y clínico. Atención primaria de enfermería durante el puerperio son:
- Obtención de constantes (presión sanguínea, pulso, temperatura).
- Prevención de la hemorragia posparto: oxitocina intravenosa.
- Suturar la laceración y/o la episiotomía y determinar la hemostasia apropiada. Si es necesario vaciar la vejiga, usando cateterismo vesical intermitente o micción espontánea para la micción refleja.

- Palpar el abdomen para verificar la presencia de contracciones uterinas y determinar la hemorragia uterina correcta.
- Examinar la placenta para comprobar si hay anomalías y completarla. Sí Se encontró que la placenta estaba incompleta o la membrana estaba incompleta. Se programa una ecografía de seguimiento para el día siguiente.
- Comprobar la tensión del esfínter anal y asegurarse de que las suturas no son dañadas migran a la mucosa anal.
- Si el estado clínico lo permite y la madre lo desea, el niño sigue exactamente el momento de contacto directo con ella y la desnudez (piel a piel) y supervisión de personal médico.

En la clínica, la atención posparto incluye:
- Consultar su historial médico (tipo de parto, anestesia, nacimiento, condición placenta y membrana)
- se evalúa el estado físico y mental general de la madre después del parto, Signos vitales al menos cada 12 horas.
- Comprobar si hay contracciones uterinas y pérdida de sangre.
- Seguimiento de las características del producto: cantidad, olor, color.
- El estado del perineo y su proceso de cicatrización. Evaluar y controlar el dolor con analgésicos según sea necesario o hielo en la zona perineal.
- Verifique la micción espontánea por primera vez, especialmente para la anestesia epidural (no deben pasar al menos 6-8 horas).
- Tras un parto normal por parte del paciente, se recomienda ejercicio y duchas precoces y una dieta aceptable, equilibrada y variada.
- Hay que proporcionar todas las instrucciones necesarias para una lactancia exitosa. Decidir amamantar, o preparar alimentos artificiales

## 5 Discusión-Conclusión

Tanto en el puerperio inmediato, como en el clínico, como en el tardío la puérpera necesita una serie de cuidados que los profesionales sanitarios debemos llevar a cabo con la mayor privacidad, intimidad y respeto para favorecer un clima de seguridad y tranquilidad.

Hay que destacar el papel tan importante de los profesionales sanitarios deberían tener en el postparto, debemos aprovechar la estancia en el hospital de la puérpera para promocionar los cuidados que se deben llevar a cabo en las tres fases del puerperio. Asimismo, debemos fomentar este proceso de adaptación y vinculación mediante la realización de actividades de educación sanitaria que son necesarias y necesarias para nosotros.

# 6 Bibliografía

1. Guía de la Práctica Clínica sobre 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)
2. Martínez Galiano, J.M. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas prof.2009; 10 (4): 20-6.
3. EL PARTO CE. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL; UNA GUÍA PRÁCTICA ( Citado 14 de Octubre 2014)

## Capítulo 95

# ENFERMERIA EN LA PARTE DE URGENCIAS Y LA ORGANIZACION Y CLASIFICACION DE PACIENTES

ALBA LÓPEZ MARTIN

CELIA ARROYO MOLINA

NATALIA AMATE ESCABIAS

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

## 1 Introducción

El triaje en el medio extrahospitalario se considera un procedimiento destinado a clasificar a las víctimas de un accidente, catástrofe o emergencia, ordenándolas según su gravedad y su posible pronóstico para poder facilitar el posterior tratamiento y priorizarlo en el caso de las víctimas más graves. Este procedimiento debe ser rápido, fácil de seguir, estandarizado y dirigido a salvar el mayor número de vidas posibles acorde a los recursos de los que se disponga.
El origen del triaje proviene de un neologismo de origen francés que significa escoger, separar o clasificar. Este término se empleó en las batallas napoleónicas para priorizar la atención en heridos en combate. Posteriormente, se fue implementando a lo largo de la historia hasta llegar a la actualidad.

El triaje debe ser considerado una necesidad que viene determinada por el número de heridos, la naturaleza del evento, los recursos sanitarios y la distancia hasta los hospitales más cercanos. Todos estos factores hacen que el triaje se deba basar en ciertos principios como son: salvar vidas sobre salvar miembros, preservar la función, predomina sobre corregir un efecto anatómico, las principales causas de mortalidad son la asfixia, la hemorragia y el shock y las únicas maniobras permitidas son la de liberar la vía aérea y la hemostasia en hemorragias graves. La reanimación cardiopulmonar (RCP) se limita a realizarse siempre que la parada sea presenciada y el número de víctimas lo permita.

El triaje es diferente dependiendo si es medio hospitalario o medio extrahospitalario. En el caso de este último, la clasificación se denomina como triaje y existen tres modelos distintos (SHORT, START y MRCC) y se clasifican según cuatro etiquetas (roja, amarilla, verde y negra).

Hay que diferenciar distintas situaciones dependiendo del evento. La catástrofe, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se clasifica dependiendo del número de lesionados: moderada, entre 25 y 100 víctimas, medias, entre 100 y 1000 y graves, cuando el número de víctimas es mayor a 1000 o con más de 250 hospitalizados. Por otra parte, se entiende por desastre, cuando además de las víctimas, hay falta de infraestructuras sanitarias y comunitarias que permitan atender el evento. Finalmente, se define accidente con múltiples víctimas, aquel en que la situación provoca un desequilibrio entre las necesidades y los medios.

Para abordar este tipo de eventos, se dispone de dos tipos de triajes:

- Primer triaje en el área de rescate: Este triaje lo lleva a cabo personal que no tiene por qué ser sanitario en el lugar del suceso. Esto permite reducir la confusión inicial y se aplican medidas de contención y organización. Para ello se pueden seguir los métodos SHORT, START o MRCC.
- Segundo triaje en el área de socorro: en este triaje se clasifican las víctimas para una primera atención y posterior evacuación. Lo lleva a cabo personal sanitario.

Pese a que el triaje siempre ha sido una labor de enfermería únicamente, estudios recientes comienzan a indicar que triaje combinado entre enfermería y medicina es mucho más eficiente en casos de urgencia de gran magnitud y complejidad.

## 2 Objetivos

El objetivo general de esta revisión bibliográfica es:

- Conocer el rol que ejerce enfermería en el triaje en casos de catástrofe, desastres o accidentes con múltiples víctimas.

Como objetivos específicos se encuentran:

- Conocer los diferentes modelos de clasificación en el triaje extrahospitalario.

## 3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica se han buscado artículos de diferentes bases de datos como Pubmed, EBSCO, Dialnet, SCIELO y en el buscador Google Académico. Se han utilizado MeCS y DeCS para obtener resultados más concretos y precisos. Las palabras claves que se emplearon fueron: triaje, enfermería, catástrofes, extrahospitalaria. Se buscaron artículos con una antigüedad no superior a cinco años y en castellano e inglés. Se seleccionaron aquellos artículos que se encontraban completos, gratuitos y que trataran el tema a investigar. Durante la búsqueda se encontró la dificultad para acceder a artículos gratuitos completos y la duplicación de estos, ya que muchos de ellos se encontraban en varias bases de datos a la vez. Una vez realizada la búsqueda y la lectura en profundidad de los artículos encontrados, se seleccionó un total de 10 artículos para esta revisión bibliográfica.

## 4 Resultados

En el momento en el que sucede una catástrofe se producen instantes de confusión, caos y completa falta de organización. Durante estos primeros momentos, los servicios de emergencia deben sectorizar la zona y tomar el control de la situación. Sectorizando la zona del evento se permite que los profesionales puedan actuar en cada sector de forma organizada y estructurada. Según Benito López et al.(2021) las zonas son:

- Área de salvamento: se le denomina también zona roja y es donde ha sucedido el evento. En esta área es donde predominan las víctimas y donde se encontrará el personal de rescate y salvamento. Cuando esta zona sea segura, podrá entrar el personal sanitario.
- Área de Socorro: considerada la zona amarilla también. En esta área se lleva a cabo el primer triaje y el segundo. En esta zona se encuentra también el PMA (puesto médico avanzado), donde se clasificarán a las víctimas y se evacuarán.
- Área Base: zona verde. En esta zona se evacuan los pacientes a los hospitales. En el artículo de Ferrer Loren et al.(2019) se explica que existen dos tipos de triaje.
- Primer triaje o triaje básico: lo realiza el personal de enfermería o personal de salvamento. Es un triaje muy rápido y sin demorarse en los pacientes. Se clasifican habitualmente mediante el método tetrapolar de triaje, que consiste en etiquetar a los pacientes con colores según su gravedad siguiendo las directrices

del Código Internacional de Colores. Este es el siguiente: rojo (Prioridad 1 o muy grave): la vida del paciente está en riesgo, pero con una atención inmediata puede sobrevivir. Amarillo (Prioridad 2 o grave): cuidados urgentes pero no inmediatos. Verde (Prioridad 3 o leve): el paciente puede ser atendido al final sin que su vida corra peligro o se agrave su estado de salud. Negro (No recuperable): no tienen posibilidad de sobrevivir con los recursos de los que se dispone.
- Segundo triaje: este triaje lo realiza el personal facultativo en el PAM.
- Tercer triaje: dentro del centro hospitalario donde ha sido evacuado al paciente.

Según Gilabert et al.(2022), los métodos de triaje más utilizados en el ambiente extrahospitalario son el sistema START y el sistema SHORT. El Sistema START es el más simple de llevar a cabo y puede ser empleado tanto por profesionales sanitarios como personal de rescate. Utiliza cuatro reglas: deambulación, FR, grado de perfusión y nivel de respuesta. Y el sistema SHORT es más empleado por personal no sanitario y utiliza la siguiente escala: S (sale caminando), H (habla sin dificultad), O (obedece órdenes), R (respira) y T (taponar hemorragia).

En cuanto al papel de enfermería en el triaje, las acciones que realizan están recogidas en la Clasificación de Intervenciones Enfermería (NIC), donde se establecen las siguientes actividades:6362 Triaje: Catástrofes
6364 Triaje: Centro de urgencias6366 Triaje: Teléfono.
El papel de enfermería es de vital importancia en la atención de situaciones de emergencia extrahospitalarias. Y debido a ello, es necesario que el personal esté instruido, como cita Ferrer Loren et al., los cuales remarcan la importancia de una buena formación, con pautas y directrices definidas y estandarizadas. Recomiendan el uso de simulacros y entrenamientos para mejorar la práctica y poner a prueba la capacidad resolutiva de los profesionales. Incluso formarse en el uso de nuevas tecnologías como el uso de drones que plantean en su artículo Soriano Torres et al.(2019). El profesional de enfermería debe demostrar habilidades y técnicas de organización, además de estar preparado psicológicamente para actuar de forma eficaz ante situaciones de estrés con múltiples víctimas.En cuanto a los protocolos de actuación, hay cierta controversia en cuanto a la forma de actuación por parte del personal de enfermería, ya que difiere según el país y la legislación vigente.

## 5 Discusión-Conclusión

Actualmente, se convive con situaciones de catástrofe y accidentes con múltiples víctimas que ponen a prueba los protocolos ante este tipo de eventos, por ello, es

de vital importancia que el triaje se estandarice para que se actúe con la mayor eficacia y rapidez, permitiendo salvar el mayor número de vidas. El personal de enfermería es el encargado de llevar a cabo esta labor y por eso, debe estar capacitado psicológicamente y con una buena formación. Por tanto, se deben fomentar los estudios e investigaciones en este campo y promover simulacros y entrenamientos para que el personal de enfermería esté reciclado y formado en las últimas novedades en actuación frente a este tipo de eventos como el uso de drones.

## 6 Bibliografía

1. Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 33, 55–68. https://doi.org/10.4321/s1137-66272010000200008.2.
Investigación, R. S. (2021, octubre 8). Triaje hospitalario y extrahospitalario. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/triaje-hospitalario-y-extrahospitalario/.
3. Médicos, P. (2019, septiembre 16). Triaje extrahospitalario con múltiples víctimas: actuación enfermera. Revista-portalesmedicos.com; Revista Elec- trónica de Portales Medicos.com. https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/triaje-extrahospitalario-con-multiples-victimas-actuacion- enfermera/.
4. Ocronos, R. (2022). Los triajes intrahospitalarios y extrahospitalarios más usa- dos actualmente en España. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https: //revistamedica.com/triajes-intrahospitalarios-extrahospitalarios/.5. Ocronos, R. (2021, marzo 8). Papel del personal de Enfermería en situaciones de emergencia: desastres. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/papel-enfermeria-situaciones-emergencia/.
6. https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-13/funcionesde-enfermeria-en-el-triaje/.7. Gómez Jiménez, J., Ramón-Pardo, P., Moncada, C. R., Holder, R., Canadiense, L. A., El, P., & Internacional, D. (s/f). Paho.org. Recuperado el 31 de enero de 2023, de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf.
8. El papel de Enfermería en el sistema de triaje español. (2017, septiembre 25). Revista-portalesmedicos.com; Revista Electrónica de Portales Medicos.com. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeriasistema-de-triaje-espanol/.

9. Velázquez Galiñanes, A. (2022). Papel de Enfermería en el triaje en situaciones de emergencia y catástrofes. Universidad de Salamanca.10. Mamani Calle, G. (2021). Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en Servicio de Emergencia, Clínica del Sur La Paz - Bolivia gestión 2021. 11. Torres, Á. S., Fernández, C. M. P., & Lozano, M. M. (2019). Utilidad y Aplicación de los Drones en la Actuación de Enfermería en Situaciones de Emergencias y Catástrofes. Paraninfo Digital, 1-3. http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e048.

## Capítulo 96

# PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

CELIA ARROYO MOLINA

## 1 Introducción

En la actualidad muchos ingresos hospitalarios, muchos de los pacientes dependientes son vulnerables a padecer una úlcera por presión. También muchos pacientes que en domicilio se encuentran encamados también son susceptibles a esta afección.

Se puede decir que las ulceras por presión en la mayoría de las ocasiones pueden ser evitables, con cuidados de confort, valoración del paciente y por supuesto con dieta adecuada, entre otros aspectos.Una úlcera por presión se puede definir de varias formas, pero se puede documentar que la úlcera es cualquier lesión en la piel y/o tejido subyacente causada por un proceso isquémico resultante de presión (fuerza perpendicular a la piel), fricción (fuerza tangencial a la piel) o cizallamiento (combinación de las anteriores).

Se produce una rápida degeneración tisular debido a la hipoxia tisular en la zona. Puede manifestarse desde un leve enrojecimiento de la piel hasta llagas profundas que afectan a los músculos o incluso a los huesos. Aparecen en la piel después de que una protuberancia ósea en la superficie haya sido sostenida durante mucho tiempo. Las lesiones más comunes ocurren en las caderas, los talones y los tobillos.
La enfermera forma parte de los cuidados de los pacientes para evitar este tipo de úlceras por presión.

## 2 Objetivos

Describir los tipos de actuaciones o cuidados básicos que puede emplear el profesional de enfermería para evitar que el paciente tenga una úlcera por presión.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica con la búsqueda de evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos y textos en internet. Se realiza una búsqueda en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane.Se incluyen textos y/o artículos en los que hablan sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: úlcera, dieta, cuidados, eritema.

## 4 Resultados

- Son muchos los artículos que hemos podido encontrar en nuestra búsqueda bibliográfica. Por ello hemos querido añadir los que nos indicaban que tipo de actuaciones o cuidados básicos puede realizar enfermería para evitar una úlcera por presión.
- Enfermería tiene con herramientas en las escalas que nos indican que problemas puede tener el paciente y como podrá generar una úlcera por presión. Dentro de las escalas que puede utilizar la enfermería dentro de su programa de plan de cuidados de enfermería están las más conocidas y utilizadas son la escala de Norton, Braden, Arnell, Nova, Emina y de Waterlow.
- Es importante la valoración en cada técnica y cuidado que se realice con este paciente, para ello durante el aseo o cualquier movilización se hidratara la piel del paciente. La enfermería realizará un plan individual para cada paciente para

evitar la aparición de las úlceras por presión, entre ellos va a estar los cambios posturales en caso de que el paciente tenga que permanecer encamado. Estos se realizarán cada dos horas y se emplearán dispositivos adaptables para almohadillar las zonas propensas a estas úlceras por presión.

- Otro aspecto importante que la enfermera puede realizar en la prevención de las úlceras por presión es el tema de la alimentación. Es muy importante una dieta equilibrada en frutas, verduras, vitaminas y por supuesto, proteínas. Estas últimas son las que pueden regenerar rápidamente el músculo y por supuesto también la integridad cutánea. También proporcionará la hidratación necesaria a este paciente en cuanto a líquidos.
- Otro factor del cual en algunas ocasiones se puede disponer es el colchón antiescaras, solo se empleará en pacientes susceptibles a las úlceras por presión y con caquexia. Es un dispositivo muy común en geriatría y en pacientes paliativos.

## 5 Discusión-Conclusión

Son muchas las actividades que puede realizar el profesional sanitario de enfermería para evitar que debuten en el cuerpo del paciente úlceras por presión. Entre ellas están el uso de dispositivos adaptables, almohadas, colchón antiescaras. Otro factor que puede realizar enfermería es el de la hidratación tanto externa como interna y por supuesto la alimentación adecuada en cada paciente.

El paciente encamado, como se ha podido observar en nuestro tema, es el más susceptible o vulnerable a tener una o varias úlceras por presión. Por ello es importante el cuidado, y realización de actuaciones, cuidados y elaborar un plan individualizado para cada paciente y con esto se podrá prevenir la úlcera por presión.

## 6 Bibliografía

1 Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Arboix M. Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Torra JE, Soldevilla JJ. (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 1a ed. Madrid: SPA; 2004. p. 18 ç

2.Torra JE, Segovia T, Verdú J, Nolasco A, Rueda J, Arboix M. The effectiveness of a hyper-oxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. Journal of Wound Care 2005; 14(3):117-121.

3. Martínez F. Las úlceras por presión: una problemática prevenible. Rev Esp. Geriatr y Gerontol 2004. 39 (Supl 4):25–34.

## Capítulo 97

# LA ACTUACION DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS. CANDIDIASIS

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

YOANA ZARCO SORIANO

## 1 Introducción

Se define las urgencias ginecológicas como aquellas urgencias de las mujeres que no se encuentran embarazadas y que están relacionadas con el área genital. Las urgencias relacionadas con el embarazo son tratadas en las urgencias obstetricias. Esta diferencia se debe a la especialización de los profesionales que atienden a las pacientes en los servicios de urgencias de atención especializada de los centros hospitalarios.

Algunas de las enfermedades más tratadas en las urgencias ginecológicas son:

• Vulvovaginitis.

Se entiende como vulvovaginitis como la secreción vaginal extraña, la cual presenta síntomas de aumento en su cantidad, olor y cambio de color.

• Imperforación del himen.

Producida en pacientes adolescentes que presentan amenorrea primaria con dolor abdominal. Durante la inspección de la vulva se puede observar el himen no perforado con acumulación de sangre.

• Fusión de labios vulvares.

Producida en pacientes de menor edad, es decidir se da lugar durante la infancia, debido a diferentes causas como atrofia o infecciones.

• Bartolinitis aguda.

Producida por la infección de la glándula de Bartolino al cerrarse para posteriormente llegar a una abscesificación.

La bartolinitis aguda es una de las causas que más urgencias ginecológicas provoca.

• Enfermedad pélvica inflamatoria.

Produciendo una pelviperitonitis de origen genital, siendo las trompas o el conjunto de los ovarios con las trompas los órganos más afectados.

• Candidiasis.

## 2 Objetivos

- Diferenciar las urgencias ginecológicas de las urgencias obstetricias.
- Conocer las enfermedades ginecológicas más tratadas en las urgencias ginecológicas de los servicios de urgencias de atención especializada.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

A continuación, se va a proceder a llevar a cabo un estudio más exhaustivo sobre la enfermedad ginecológica de candidiasis, haciendo hincapié en su tratamiento en el servicio de urgencias ginecológicas.

Se entiende la candidiasis como una vaginitis infecciosa producida por una levadura del género Cándida. Existen tres tipos de cándida que pueden producir la candidiasis vaginal: cándida albicans, cándida glabatra y la cándida tropicalis. La infección por la Cándida de debe a un desequilibrio en la flora habitual de la vagina, por lo que no se puede considerar una enfermedad de transmisión sexual, aunque sí es un factor si la pareja estuviera infectada.

El tratamiento establecido por el ginecólogo se basará en tres tipos de tratamientos, dos de ellos para la paciente y uno de ellos para la pareja de la paciente:

- Tratamiento tópico. Este tratamiento consiste en la administración de una crema en la vulva y en la vagina. Estas cremas pueden ser: ketoconazol, fenticonazol, clotrimazol y oxiconazol.
- Tratamiento oral. Este tratamiento consiste en la administración de los siguientes fármacos: ketoconazol, itraconazol y fluconazol, con la finalidad de eliminar el reservorio intestinal.
- Tratamiento de la pareja. Este tratamiento incluye un tratamiento oral y la aplicación de una crema externa, en el caso de que presente síntomas la pareja de la paciente.

En aquellos casos en los que las pacientes han padecido candidiasis más de cuatro veces al año, se recomendará un tratamiento tópico u oral semanalmente.

El equipo de enfermería, a su vez recomendará las siguientes pautas a las pacientes para evitar la candidiasis:

- Realizar un lavado minucioso de la zona intima con un gel específico para higiene íntima.
- Utilizar ropa interior o pantalones lo menos ajustados posible.
- Utilizar ropa interior de algodón.
- No utilizar dispositivos que mantengan la humedad en la zona íntima, como pueden ser salvaslips.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del equipo de enfermería en las urgencias ginecológicas. Candidiasis" nos demuestra las diferentes enfermedades por las cuales acuden las pacientes a las urgencias ginecológicas de los servicios de atención especializada.

Por otro lado, nos demuestra la actuación del equipo de enfermería durante la administración del tratamiento para la candidiasis. Es por ello, que el equipo de enfermería que desarrolle su actuación en las urgencias ginecológicas debe tener los conocimientos básicos sobre la enfermedad de candidiasis, así como

la farmacología utilizada para contrarrestar los efectos de esta enfermedad, y así poder administrar adecuadamente el tratamiento establecido por el médico a cargo de la paciente.

## 6 Bibliografía

- Casos Clínicos de Obstetricia y Ginecología. Matorras, Remohí y Serra editores. Panamericana, 2011.
- Ginecología, Tratado de Obstetricia y Ginecología. P. Acién. Ediciones Molloy, 2004.
- M. Altamirano Cifuentes, J. Sánchez Menor, R. Domingo Medina et all. Urgencias ginecológicas. En L. Jiménez Murillo, coordinador. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª Ed. Barcelona. Elsevier; 2010.

## Capítulo 98

# LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DURANTE LA ANALGESIA Y SEDACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

YOANA ZARCO SORIANO

## 1 Introducción

En el ámbito sanitario y en el ejercicio del equipo de enfermería, especialmente en los servicios de urgencias tanto de los centros de salud como de los centros hospitalarios, la aparición del dolor en los pacientes es una actuación muy común, puesto que acuden a dicho servicio por dolores que todavía no son tratados al no conocer el diagnóstico clínico de la enfermedad que padece el paciente.

Durante la realización de exploraciones, intervenciones, curas o técnicas necesarias en ciertas situaciones de urgencias y emergencias, la sedación o analgesia del paciente ayuda a poder realizar estas actuaciones por parte del equipo médico o por el equipo de enfermería sin que el paciente padezca demasiado dolor.
Se entiende como analgesia a los fármacos utilizados con la finalidad de aliviar el dolor al paciente sin necesidad de sedarlo.
Se entiende como sedación a la disminución del dolor del paciente, puesto que se lleva a cabo una disminución de la percepción del medio por parte del paciente. La sedación debe ser controlada por el médico a cargo del paciente o por un especialista en anestesia.
La diferencia entre la analgesia y la sedación se basa en que con la sedación el paciente puede llegar a encontrarse desde un estado de calma a una sedación profunda, mientras que la analgesia reduce el dolor del paciente.

## 2 Objetivos

- Definir los conceptos de sedación y analgesia.
- Conocer la diferencia entre analgesia y sedación, ambos métodos utilizados en los servicios de urgencias de los centros sanitarios.
- Detallar la actuación del equipo de enfermería en los servicios de urgencias de las instituciones sanitarias en relación con la monitorización del paciente durante la sedación del paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El papel del equipo de enfermería en relación con el dolor del paciente se centra en la administración de fármacos analgésicos y sedantes, siguiendo las pautas establecidas por el médico a cargo del paciente en cuestión, y de la monitorización de la sedación administrada al paciente.

Monitorización de la sedación.
El equipo de enfermería deberá realizar la monitorización del paciente para controlar sus constantes vitales durante la sedación. Esta actuación deberá ser realizada por un enfermero especializado en soporte vital avanzado, con la finalidad de poder intervenir en tareas auxiliares al equipo médico, así como vigilar al paciente y registrar los datos aportados por la monitorización.
Los parámetros reflejados en la monitorización son: el estado de consciencia del paciente, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión y la saturación arteriales de oxígeno.
En aquellos pacientes en los que se puedan producir arritmias o que tengan enfermedades cardiovasculares previas, se llevará a cabo además una monitorización electrocardiográfica continua.
Se deberá prestar especial atención a los casos donde se produce una inadecuada sedación, puesto que puede producir una sobre sedación en el paciente, así como una infra sedación.
Los síntomas que presenta un paciente con sobre sedación, y a los cuales debe prestar especial atención el equipo de enfermería, son:
- Coma.
- Depresión respiratoria.
- Depresión hemodinámica.
- Trombosis venosa profunda.
- Disminución del transporte de oxígeno.
- Intolerancia a las dietas.
- Íleo intestinal.

Los síntomas que presenta un paciente con infra sedación, y a los cuales debe prestar especial atención el equipo de enfermería, son:
- Taquicardia.
- Hipertensión.
- Hipercapnia.
- Ansiedad.
- Dolor.
- Aumento del consumo de oxígeno.

Otras actuaciones realizadas por el equipo de enfermería con el paciente sedado son:
- Administrar oxígeno continuo a través de unas gafas nasales a los litros por minutos indicados por el equipo médico.

- Canalizar una vía venosa periférica, por si fuese necesaria su utilización en caso de complicaciones durante la sedación del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del equipo de enfermería durante la analgesia y sedación del paciente en los servicios de urgencias de atención especializada" nos demuestra la utilización de la analgesia y sedación de los pacientes que acuden al servicio de urgencias para poder realizar cualquier actuación de exploración o curación. Es importante que el profesional que determine la elección de un agente u otro tenga pleno conocimiento de las características del paciente para poder determinar adecuadamente un medio u otro. Lo mismo ocurre con el equipo de enfermería encargado de administrar un analgésico o una sedación, ya que deberá conocer plenamente tanto el funcionamiento como las causas y consecuencias de su utilización con cada uno de los pacientes que acuden al servicio de urgencias de un centro sanitario, para evitar equivocaciones durante la administración de las pautas establecidas por el equipo médico.

## 6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización de la sedación. Med Intensiva. 2008
2. Chamorro C, Romera MA. Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Estrategias de control de la sedación difícil. Med Intensiva. 2008

## Capítulo 99

# LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DURANTE LAS URGENCIAS TIROIDEAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

TAMARA MOLINA ESPEJO

PATRICIA HINAREJOS NAVARRO

PAULA PAGE PEREZ

IRENE PEÑALVER COLMENERO

YOANA ZARCO SORIANO

## 1 Introducción

Antes de comenzar a desarrollar la temática de este capítulo científico sobre las urgencias tiroideas, es necesario llevar a cabo una serie de definiciones para llegar a una mayor compresión sobre el tema a tratar a continuación.
La RAE define el término tiroides (del lat. Thyroides) como una glándula con función endocrina, que se encuentra ubicada delante y a los lados de la tráquea y de la parte inferior de la laringe. Esta glándula segrega hormonas, las cuales influyen tanto en el crecimiento de la persona como en su metabolismo.

Por otro lado, el término de tirotoxicosis se entiende como una tormenta tiroidea o una crisis tirotóxica. Esta crisis se considera una emergencia médica, puesto que se debe a una respuesta exagerada del organismo debido a una elevación de manera súbita de la hormona tiroidea en sangre.
Esta crisis se produce en enfermos que padecen hipertiroideos llevada a cabo por la causa de un evento agudo, o sin causas aparentes.
Algunas de las causas que provoca esta tirotoxicosis o crisis tirotóxica son:
• Relacionadas con la tiroides como puede ser: tratamiento realizado con radioyodo o fármacos con yodo, eliminación del tratamiento, administración de hormonas o cirugía tiroideas.
• No relacionada con la tiroides como puede ser: infecciones, insuficiencia cardiaca, parto o cesárea, cirugías, situaciones de estrés…

## 2 Objetivos

-Definir los conceptos de tiroides y tirotoxicosis.
-Conocer las causas que pueden provocar las crisis tirotóxicas.
-Detallar las funciones del equipo de enfermería durante el tratamiento y el diagnóstico de la tirotoxicosis.

## 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 equipo de enfermería con un paciente que presenta síntomas de una crisis tirotóxica se encuentra en dos áreas diferenciadas dentro del servicio de urgencias de una institución sanitaria. Por un lado, en la unidad de triaje, en la cual se tomarán las constantes del paciente y se le pedirá al paciente que comunique los síntomas que se encuentra, y, por otro lado, la unidad de boxes donde será dirigido por el equipo de enfermería de la unidad de triaje y donde será ex-

plorado y se le realizarán las pruebas pertinentes para determinar el diagnóstico de la enfermedad.
Los síntomas que presentan estos pacientes son:
- Hipertermia, con una temperatura igual o superior a 39 ℃.
- Alteración del estado mental, presentando crisis de agitación, estupor, psicosis o coma.
- Taquicardia, con más de 140 pulsaciones.
- Taquipnea, presentando insuficiencia cardiaca o pudiendo no presentarla.
- Estrés.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Los pacientes además pueden presentar piel húmeda, caliente y roja.

Tratamiento de la crisis tirotóxica.
Cuando el equipo de enfermería del área del triaje tiene la sospecha de que el paciente puede presentar una crisis tirotóxica, se deberá comunicar inmediatamente al equipo médico que se va a encargar del paciente para que inicie el tratamiento de manera inmediata, para después confirmar el diagnóstico. Es muy importante dicha actuación, puesto que muchos de estos pacientes terminan por requerir un ingreso hospitalario y una rápida actuación puede evitar que dicho ingreso se produzca en la unidad de cuidados intensivos.
Las medidas generales que deben realizarse durante el tratamiento son:
• Oxigenoterapia del paciente mediante la utilización de una mascarilla ventimask al 30%. Con el resultado de la gasometría este porcentaje puede ser modificado.
• Realizar una monitorización hemodinámica
• Coger una vía periférica.
• Controlar la hipertermia con la administración de paracetamol cada 6 horas.
• La profilaxis de tromboembolismos.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del equipo de enfermería durante las urgencias tiroideas en los servicios de urgencias de las instituciones sanitarias" nos demuestra los síntomas que presenta el paciente cuando acude al servicio de urgencias y las causas que pueden provocar la aparición de una crisis tirotóxica.

Es importante destacar el papel del equipo de enfermería en el área de triaje, ya que con los síntomas que presenta el paciente cuando acude al servicio de urgencias puede determinarse el diagnóstico de la crisis tirotóxica y determinar rápidamente un tratamiento. Sin embargo, la actuación del equipo de enfermería durante la administración de un tratamiento adecuado estará determinado por las pautas establecidas por el médico a cargo del paciente, por lo que deberá comentar los síntomas del paciente al médico y esperar las indicaciones a realizar.

## 6 Bibliografía

- Guía de actuación de Urgencias, el Bierzo, 4ª Edición, M.J.Vazquez Lima y J.R. Codesido, "Endocrinología"
- CRISIS TIROTOXICA", F.J.Bermudez Recio y J.C. Gavilán Carrasco.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).

## Capítulo 100

# TÉCNICAS ENFERMERAS: VENDAJES E INMOVILIZACIONES

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

JAVIER MARTÍN MACÍAS

## 1 Introducción

Los primeros registros de la aplicación de inmovilizaciones en el campo de la ortopedia se remontan a la época de los antiguos egipcios. En excavaciones arqueológicas, se han descubierto evidencias de fracturas de fémur que fueron tratadas mediante el uso de palos sostenidos con vendajes de lino. Sin embargo, fue en 1798 cuando Eaton divulgo en el continente europeo el uso del ”yeso de París” para inmovilizar fracturas. Este método implicaba verter yeso alrededor de la extremidad afectada después de reducir la fractura.

En 1852, Antonius Mathijsen describió un método alternativo para inmovilizar fracturas utilizando vendajes impregnados con yeso. Con el tiempo, este método fue evolucionando y mejorando hasta llegar a las vendas de yeso que se utilizan hoy en día.

Los vendajes son un procedimiento muy utilizado en el ámbito de urgencias y son llevados a cabo por el personal de enfermería. Para realizarlos de la manera correcta es necesario disponer de unos conocimientos y habilidades previos.

Aunque el diagnóstico principal y la primera valoración será realizada por el médico especialista en traumatología, es importante que también podamos reconocer que patología se está dando para tratarla lo más rápido posible.

De esta manera, la valoración inicial constará de: una entrevista al paciente para conocer en qué circunstancias se ha dado el traumatismo, una exploración física, revisar datos anteriores del paciente en la historia clínica y preguntar por el estado físico y funcional del paciente.

Todo esto se hará una vez se haya estabilizado la fractura si así fuese y el dolor mediante analgésicos. También debemos valorar la existencia de hemorragias tanto internas como externas y los hematomas.

Si finalmente fuese necesario la utilización de un vendaje o una escayola, deberemos observar la presencia de heridas en la zona afectada por si hubiese perdida de la integridad cutánea.

## 2 Objetivos

- Destacar la importancia de mejorar la calidad asistencial del paciente que acude a urgencias por un problema relacionado con la traumatología.
- Conocer las diferentes técnicas de vendajes e inmovilizaciones, para saber cuál usar según la patología.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre cómo realizar los diferentes tipos de vendaje según la patología existente. La búsqueda sistemática se ha realizado, principalmente, en bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, tales como: Pubmed (NCBI), Cochrane Library, Medes, BVS, Enfispo, Cuiden, Liliacs. La elección de las palabras claves para realizar la búsqueda bibliográfica se ha basado en la utilización de Mesh (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la salud). Obteniendo así: ‘vendaje’, ‘traumatología’, ‘enfermería’, y ‘urgencias’.

# 4 Resultados

Para hablar de los diferentes tipos de vendajes primero es necesario conocer todos los tipos de vendas que hay y los materiales que existen para realizarlos. Así son: de algodón, elástica (crepé), tubular, adhesiva y de yeso (rígido).

Según la finalidad del vendaje se van a dividir en tres grupos:

-De sujeción o protección: como su nombre indica, se van a utilizar para sujetar apósitos o para almohadillar la zona con varias vueltas de venda.

-De compresión: muy utilizados es las patologías de origen vascular, favorecen el retorno venoso, también son utilizados para disminuir los edemas, sobre todo de los miembros inferiores.

-De inmovilización: tras sufrir un traumatismo, lo indicado es no mover o mover lo menos posible la parte dañada.

Así, los distintos tipos de vendaje que existen son:

1. Vendaje circular: se utiliza de forma mayoritaria para enfatizar la protección y sujeción de vendajes en partes del cuerpo con forma cilíndrica. Cada vuelta de la venda cubre completamente la vuelta anterior. Su función es la de sujeción o protección.

2. Vendaje en espiral: se aplica para envolver áreas del cuerpo que tienen el mismo tamaño. En este caso, cada vuelta de la venda cubre aproximadamente la mitad o dos tercios de la vuelta anterior, realizándose en un ángulo de 30 grados y de manera ascendente. Su propósito principal es brindar protección o compresión.

3. Vendaje en espiral inversa: se utiliza en partes cilíndricas del cuerpo con tamaños distintos. Muy poco utilizado en la actualidad debido a su dificultad y poca practicidad.

4. Vendaje en espiga: se emplea para envolver partes cilíndricas del cuerpo con tamaños irregulares y siempre en las extremidades. Lo iniciaremos en la parte más alejada del área a vendar. La primera vuelta se realiza con un ángulo de inclinación de 45 grados hacia la base del miembro, seguida de una segunda vuelta sobre la primera con un ángulo invertido de 45 grados en dirección opuesta. La tercera vuelta se efectúa de manera similar a la primera, pero avanzando unos centímetros hacia la base del miembro. De esta manera, en un movimiento fluctuante, se realiza el vendaje, quedando con un aspecto semejante al de una ”espiga”.

Sólo se realizan compresión cuando vayamos de forma ascendente y es el más común de utilizar.

5. Vendaje recurrente: se emplea para vendar las partes distales como son los dedos, la cabeza o muñones. Comienza con dos vueltas circulares en la zona proximal y luego se dobla perpendicularmente para cubrir la zona distal de anterior a posterior. Cada vuelta se sigue de una vuelta circular proximal para asegurarla y cubrir parte de la vuelta anterior. Su propósito puede ser protector, de sujeción o compresivo, según la necesidad. Si apareciesen signos de cianosis, edemas o frío en la zona, retirar vendaje y volver a probar cuando se haya solucionado el problema.

6. Vendaje en forma de ocho: es el de elección para las articulaciones (tobillo, rodilla, codo y muñeca). Se inicia dando dos vueltas circulares alrededor de la articulación, luego se realiza una vuelta ascendente hasta quedar sobre la articulación y se sigue en un movimiento descendente posterior en forma de 8 hasta cubrir la mitad o dos tercios de la vuelta anterior. Su función principal es proporcionar protección, sujeción o compresión según sea necesario para la articulación en cuestión.

El personal de enfermería debe estar formado y actualizado en el manejo de vendajes, ya que, es uno de los procedimientos más frecuentes que se realizan en el servicio de urgencias. Además, debemos dar unas pautas al paciente para que estén alerta y sepan detectar algún problema en cuanto al vendaje si así estuviese ocurriendo.

## 5 Discusión-Conclusión

La evolución de las técnicas de vendaje a lo largo de la historia demuestra cómo la medicina ha progresado con el tiempo. Desde los rudimentarios métodos de inmovilización de los antiguos egipcios hasta las avanzadas técnicas actuales, como el vendaje en forma de ocho para las articulaciones, se ha producido un gran avance en el campo de la traumatología.

La capacitación y actualización del personal de enfermería en el manejo de vendajes es esencial para brindar una atención de calidad a los pacientes en situaciones de urgencia. Además, la educación de los pacientes sobre cómo detectar posibles problemas con los vendajes es crucial para garantizar una atención continua y efectiva.

También es importarte recalcar la necesidad de estar actualizados en los procedimientos y técnicas usadas en el área de traumatología, debido a que es una de las que más carga asistencial tiene. Derivado de esto, continuamente se realizan estudios e investigaciones que ayudan a corroborar si los métodos utilizados son los más correctos.

En resumen, el conocimiento de las técnicas de vendaje, su historia y su aplicación adecuada son aspectos fundamentales en la atención de pacientes traumatológicos, y la formación continua es esencial para mantener los estándares de atención médica en constante mejora.

## 6 Bibliografía

1. Pablo Gutiérrez de Rozas Astrigarra, Paloma Salvadores Fuentes. Una visión histórica de la cirugía ortopédica y traumatología a través del desarrollo de los bioimplantes. [Internet]. Universidad de Cantabria; 2013 . Disponible en: http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/handle/10902/2179
2. Erwin Andrés Ramírez Gómez. Kinesio Taping - Vendaje neuromuscular.historia, técnicas y posibles aplicaciones. [Internet]. Instituto Universitario de Educación Física de Colombia; 2012. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/viref/article/view/15325
3. Enfermeriadeurgencias.com. Recuperado el 29 de septiembre de 2023, de https://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/octubre/vendajes.htm
4. Brenes, I. M. (2022, julio 21). Vendajes colocación y cuidados - Manuales Clínicos. Manuales Clínicos. https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/tecnicas-realizadas-al-paciente/vendajes-colocacion-y-cuidados/
5. Burgos, R. (2023, marzo 23). Tipos de vendajes y vendas. Úlceras Magazine. https://www.ulceras.info/divulgacion/tipos-de-vendajes-y-vendas/

## Capítulo 101

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA CUANDO PRESENCIA UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN ADULTOS

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MERCEDES MEGIA CAMACHO

## 1 Introducción

Una parada cardiorrespiratoria surge inesperadamente cuando el corazón deja de bombear sangre. Esta interrupción del bombeo de sangre es reversible llevando a cabo distintos pasos de forma ordenada y organizada (1).
Si una enfermera presencia una parada en la que es necesaria la Reanimación cardiopulmonar, comenzará las compresiones mientras llama al 112 para movilizar un trasporte urgente. Las compresiones se deben comenzar si el paciente no tiene pulso ni respira, y en caso de dudas también se comenzaría la Reanimación cardiopulmonar.
Una correcta organización y rapidez a la hora de presenciar una parada cardiorrespiratoria es crucial para intentar salvar la vida de una persona.

La Reanimación cardiopulmonar en caso de presenciar una parada, la pueden realizar las personas, que no son sanitarios, pero tienen conocimientos acerca de la técnica. Hasta que acudan los profesionales del 112, quien esté cerca de la parada puede realizar compresiones en el pecho para intentar lograr su posterior supervivencia.
En Europa, las patologías a nivel de corazón suponen la muerte del 40% de la población en personas con una edad menor a 75 años (2).
La actuación de enfermería para la posterior presencia de una parada es crucial, ya que, son los encargados de tomar las constantes vitales como Frecuencia Cardiaca, Presión Arterial, Saturación de Oxígeno, con lo que pueden rescatar datos que los pueden poner en alerta (3).
Una óptima cadena de supervivencia puede aumentar hasta en un 50-75% la vida de la persona. Ocurre lo contrario cuando no se llevan bien a cabo los pasos a seguir, donde la supervivencia disminuye notablemente hasta en un 10-12% (4).

## 2 Objetivos

a) Objetivo principal:
- Estudiar el procedimiento a llevar a cabo en cada uno de los eslabones de la cadena de supervivencia. b) Objetivos secundarios:
- Destacar la importancia de realizar compresiones de calidad para aumentar la supervivencia del afectado.
- Revisar la actuación de enfermería en distintos escenarios donde se presencie una parada.

## 3 Metodología

En el capítulo se han seleccionado 3 artículos científicos, de la base de datos Scielo y la cuarta referencia corresponde a un libro encontrado en Google Académico, que es un buscador donde se realizan búsquedas de artículos, libros y documentos académicos bien referenciados.
En cuanto a los filtros que se han aplicado en estas 4 búsquedas, han sido que los artículos tuvieran una antigüedad máxima de 5 años y que fueran de texto completo. Además, se han excluido artículos de pago.
El idioma que se ha utilizado ha sido el español y el inglés.

## 4 Resultados

Cuando una enfermera presencia una Parada cardiorrespiratoria fuera del ámbito hospitalario, se deben llevar a cabo una serie de pasos que se enumerarán a continuación (4):
1. Siempre es importante asegurar el lugar donde se encuentra el suceso, en caso de que sea fuera del Hospital. Esto con el propósito de no poner en riesgo la vida de todos los rescatadores que presencian la parada.
2. Llamar al 112 que es una central donde diversos trabajadores van dando pautas de forma ordenada para tranquilizar a los rescatadores y atender la situación del afectado si puede o el rescatador le indica. A la vez el 112 envía el soporte que sea necesario.
3. Se procede a abrir la vía aérea con la maniobra de frente mentón o con la maniobra de tracción mandibular, para así evitar el ahogamiento por un posible cuerpo extraño.
4. Si en la parada se encuentra una enfermera, ésta puede comprobar el nivel de conciencia del afectado. Si responde y está consciente se coloca en posición lateral de seguridad y si está inconsciente se comienzan las compresiones y ventilaciones.
Hasta que llegue el la unidad de vigilancia intensiva móvil, la enfermera solo podrá dar compresiones seguidas. Cuando llegue la unidad de vigilancia intensiva móvil la secuencia sería 30 compresiones y 2 ventilaciones.
5. Cuando llega la unidad de vigilancia intensiva móvil con el Desfibrilador externo semiautomático si el personal de enfermería está bien cualificado puede realizar la descarga. Mientras tanto se debe seguir la secuencia de 30 compresiones y 2 ventilaciones, alternándose distintas personas.
Normalmente, quienes son los encargados de desfibrilar son los médicos, ya que, no todos los ritmos son desfibrilables como la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso. Por otro lado, los ritmos desfibrilables son la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso.
Es importante que constantemente se revise el estado del afectado o afectados, ya que, puede ocurrir que en ocasiones un paciente consciente ha sido colocado en posición lateral de seguridad y al cabo de un tiempo puede cambiar su estado y de este modo, se tendría que activar la cadena de supervivencia.
Ocurre lo contrario, cuando se están realizando compresiones y ventilaciones, en ocasiones, el paciente puede despertar y no sería necesario continuar con la reanimación cardiopulmonar.
Si la presencia de una parada fuera en el Hospital, el personal de enfermería re-

alizaría un electrocardiograma, por orden médica donde se identificaría el ritmo del corazón. Si en el electrocardiograma el médico presencia una posible parada posterior el paciente:
1. Se pasaría al box vital.
2. Se monitoriza al paciente.
3. Enfermería se encargaría de canalizar vías venosas periféricas y empezar a administrar fármacos por orden médica.
4. El personal de enfermería también sería el encargado de poner oxígeno pautado por el médico .
5. La organización entre los distintos médicos y enfermeros puede salvar la vida del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

El capítulo se ha basado en la importancia de enfermería en diferentes escenarios. Es crucial la enfermera a la hora de estar en alerta ante la toma de constantes vitales y la realización de electrocardiograma por orden del médico.

Ante la presencia de una parada fuera del Hospital, una enfermera que se encuentre la parada podría actuar tanto socorriendo el lugar como llamando al 112.

Mientras que llega el 112 la enfermera comprueba si el paciente está consciente o inconsciente. Ante el primer escenario, el afectado seria colocado en posición lateral de seguridad. Sin embargo, si el paciente estuviera inconsciente podría comenzar con la Reanimación cardiopulmonar.

Si la parada se presencia en el Hospital, el paciente se trasladaría al box vital y enfermería quedaría a cargo de las demandas de los médicos.

## 6 Bibliografía

1. Silva, Fabiana Laranjeira da, et al. ”Reanimación cardiopulmonar en mujeres embarazadas: creación y validación de una lista de verificación para evaluar la práctica de enfermería”. Texto & Contexto-Enfermagem 31 (2023). Disponible en: https://www.scielo.br/j/tce/a/pJqysPjnNfts753c5jk9ZcR/?lang=en
2. Cárdaba García RM, Cárdaba García I. Análisis de los programas para la presencia de familiares en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en paciente adulto. Enferm Glob [Internet]. 2021 [citado el 17 de septiembre de

2023];20(4):673–99. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400673&lang=es
3. Souza BT, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA, Góis AFT de, Campanharo CRV. Identification of warning signs for prevention of in-hospital cardiorespiratory arrest. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019 [citado el 17 de septiembre de 2023];27:e3072. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/jfkTNXZ5BwjrqHmGJtBFzKQ/?lang=en
4. Romera, Ana Belén Carmona, and Ana María Rivas Hidalgo. Soporte vital básico. SANT0108. IC editorial, 2022. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cS6UEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=SOPORTE+VITAL+BASICO+en+adultos&ots=6tXf6uMI0q&sig=81YlLvsyIMTBCGjbu2mWErRAW0#v=onepage&q=SOPORTE%20VITAL%20BASICO%20en%20adultos&f=false

## Capítulo 102

# COLAPSO SÚBITO POSTNATAL

CARMEN MARÍA ZARCO GONZÁLEZ

MONICA VIDAL ARENAS

MARIA GARCIA GONZALEZ

## 1 Introducción

Como por todos es conocido, el contacto piel con piel entre madre y recién nacido (RN) tiene un amplio abanico de beneficios tanto para la madre como para el bebé. Respecto a los beneficios para la madre, podemos destacar que esta se encuentra más tranquila, ya que una mujer tras el parto necesita ver, olor y sentir a su cría con ella. Aumenta así la satisfacción materna y su autoestima. Esto tiene consecuencias a largo plazo, ayudando a reducir el riesgo de depresión posparto. Por otro lado, propicia a que se produzca un primer agarre al pecho. Los bebé tras el nacimiento despliegan una seria de reflejos, que les permite llegar al pecho y succionar de él. Este primer agarre es importante para el futuro de la lactancia materna, ya que un niño que consigue agarre espontáneo en ese momento, después tendrá mayor facilidad. Por ello, hay mayor probabilidad de que la lactancia materna sea más duradera y satisfactoria para ambos. El bienestar materno, que aporta el contacto piel con piel, repercute indirectamente en el estado del bebé, además de aumentar el vínculo.

Por otro lado, destacaremos los beneficios que obtiene el bebé de forma directa. Para los recién nacidos, la transición y la adaptación al mundo exterior es más tranquila y fisiológica. Esto se debe a que el bebé tendrá más estabilizadas las funciones cardiorrespiratorias y metabólicas. La glucemia y la temperatura se van aumentadas y también tiene beneficios para la colonización de su flora intestinal.

Además, el bebé siente menos dolor. Concretamente, podemos destacar que en prematuros y/o RN de bajo peso para su edad gestacional (EG), el contacto piel con piel precoz se asocia con una marcada disminución de la hipotermia y de la hipoglucemia. (1, 2)
El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en decúbito prono sobre el torso desnudo materno. La espalda del bebé se debe cubrir con una sábana o manta caliente. Este puede ser inmediato, primeros 10 minutos desde el nacimiento, o temprano, entre los primeros 10 minutos y las 24 horas después del nacimiento. (1)
A pesar de todos los beneficios del contacto piel con piel, y de su recomendación por las academias de pediatras y neonatólogos, existe cierta preocupación en esta práctica. Esto se debe a que en los últimos años está aumentando la incidencia del colapso súbito inesperado neonatal. (1)
En 2011, la Asociación Británica de Medicina Perinatal, la definió como "deterioro cardiorrespiratorio súbito e inesperado dentro de la primera semana de vida". Se tienen que cumplir dos requisitos: presentarles en RN sanos de más de 35 semanas de edad gestacional y tener una puntuación de Apgar normal a los 5 minutos. Este deterioro hace que requieran medidas de reanimación (al menos ventilación con presión positiva intermitente) y que posteriormente ingresen en cuidados intensivos. Algunos autores restringen esta definición a los recién nacidos a término o a los casos que se producen en las primeras 24-72 horas. Las causas se deben a un compromiso prenatal no detectado o son desconocidas. (2, 3)
La incidencia publicada es baja, pero las consecuencias son graves; habiéndose descrito hasta un 50% de fallecimientos y otro 50% de secuelas neurológicas entre los supervivientes. Además, la incidencia parece ir aumento. (2)

## 2 Objetivos

-Conocer más a fondo el colapso neonatal súbito.
-Identificar los factores de riesgo de dicha patología.
-Recopilar medidas de prevención.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 6 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 4 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

La incidencia estimada del colapso neonatal es muy variable, aunque muy probablemente la incidencia real está infraestimada. De esta enfermedad cabe destacar que no existe un código asociado al término colapso neonatal en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Esto limita establecer un registro preciso. En muchas ocasiones se codifica bajo otros términos como "sofocación mecánica", "sofocación accidental" o "muerte súbita e inesperada del lactante". (3)

En España, la incidencia aumentó 14 veces simultáneamente con la introducción de la práctica del contacto piel con piel. Un número importante de colapsos se presentó en RN de 36-37 semanas de EG. Se sabe que esta población se caracteriza por mayor morbilidad, mayor incidencia de asfixia, de mortalidad neonatal y postneonatal y de síndrome de muerte súbita del lactante. (1)

Los factores de riesgo descritos en la bibliografía consultada son muy distintos. En primer lugar, destacaremos que el cansancio de la madre influye mucho, ya que mujeres que están exhaustas tras el parto o tienen el nivel de consciencia alterado por una anestesia general o el uso de opioides en el parto, están con una alerta reducida. Los riesgos pueden ser acumulativos, ya que si una mujer está cansada y además está sola, habrá mayor riesgo. Por otro lado, los estudios remarcan que hay mayor riesgo en las primeras horas de vida. Por todo esto, es importante que la mujer y el bebé se encuentren acompañados durante este período de tiempo. Además, destacar, que es imprescindible que la persona que esté con la madre y el bebé, estén centrados en ellos. El uso de teléfonos móviles se está convirtiendo en algo muy habitual en las salas de partos, pero algunos estudios remarcan que es un factor de riesgo para el colapso neonatal. Otros factores de riesgo serían: primiparidad. Partos distócicos o prolongados o la nocturnidad. Respecto a esta última, la única serie española, publicada en 2011, encontró que el 75% de los casos se produjeron durante el turno de noche (de 22 a 8h), probablemente en relación con una menor vigilancia. Esto es un dato que debe alertar a los sanitarios, ya que durante la estancia del RN y su madre en maternidad, el

control de seguridad recae sobre la enfermera o la matrona de la unidad, teniendo que ser el personal del hospital el responsable de velar con el bienestar y confort del binomio. Por todo esto, los sanitarios deberían observar el primer intento de amamantamiento, para asegurarse del estado de ambos y detectar signos de alarma precoces. Otros factores de riesgo con menor relevancia son: madres obesas, pechos excesivamente grandes o falta de capacidad para reconocer los signos clínicos de hipoxia. (1, 2, 3)

El 40 % de los casos ocurren durante el siguiente escenario: madres primíparas, exhaustas, que durante el período de contacto piel con piel, permanecen con su bebé en decúbito prono y sin vigilancia del equipo de salud. (3)
Respecto a las intervenciones que se deben realizar para evitarla, cabe destacar distintas estrategias. En primer lugar, destacaremos la educación como la base de la solución. Formar a los profesionales sanitarios en la prevención y en la realización correcta del contacto piel con piel, así como en la detención precoz y tratamiento. Informar a la madre y su acompañante de los signos y síntomas de riesgo. Por consiguiente, realizar un correcto control de la diana, siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica. Se recomienda vigilar cada 10 minutos durante la primera hora y posteriormente cada 30 minutos hasta que sean trasladados a maternidad. Como se ha referido, la primera toma al pecho es un momento de riesgo. Por tanto, se deberá vigilar de forma especial.
Algunos autores proponen un listado de verificación que puede ser de utilidad en la sistematización de las evaluaciones del recién nacido durante el contacto piel con piel. Estos listados pueden contribuir a un control más riguroso, pero los sanitarios deben estar evaluando constantemente los factores de riesgo de ambos miembros de la díada.
Por otro lado, se debe colocar de una forma correcta al bebé y enseñar a los progenitores. Para ello, la cabeza del niño debe estar ligeramente extendida y orientada hacia un lado para que la boca y la nariz no se obstruyan. El recién nacido debe respirar de forma regular y sus labios estar sonrosados. Hay que alertarse si hay un cambio en la coloración de la piel o de los labios. No tiene importancia que las manos o los pies se muestren azulados. El bebé tiene que tener un tono muscular adecuado y no encontrarse flácido ni inmóvil.
Por último, debemos destacar que el ambiente también debe ser el adecuado, con una temperatura adecuada, una iluminación correcta para poder ver adecuadamente al bebé. Tomas las medidas físicas necesarias para evitar que el bebé se caiga de la cama o sea aplastado por el cuerpo de la madre. (1, 2, 3, 4)

## 5 Discusión-Conclusión

En definitiva, no es la intención desalentar a realizar contacto piel con piel inmediato al nacimiento, ya que es una de las experiencias más inolvidables y estimulantes para las familias. Además de la multitud de beneficios que presenta. No obstante, se deben tener en cuenta los riesgos que puede suponer para el bienestar del RN. Por ellos, es imprescindible la formación de profesionales de la salud en el tema, para que puedan informar y acompañar de forma correcta a las familias. (1)
Como se evidencia en este trabajo, los estudios al respecto son escasos. Por ellos, se debe seguir fomentando la investigación por parte de matronas y enfermeras que se encuentran a pie de cama y acompañan día a día a madres y RN.

## 6 Bibliografía

1. Jenik A, Rocca Rivarola M, Grad E, Machado Rea ES, Rossato NE. Recomendación para disminuir el riesgo de colapso súbito e inesperado posnatal. Arch Argent Pediatr 2020;118(3):S107-S117.
2. De la Torre Palomo, M.T., Protocolo Contacto Piel con Piel seguro tras nacimiento en el Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera, Área Sanitaria Norte de Málaga. 2019;(15)1:2 – 43.
3. Agüera Arenas, J. J., Ballesteros Meseguer, C., Celdrán García, M. D., Fernández Fructuoso, J. R., Neonatólogo, García García, J., Harillo Acevedo, F. David. et al. Protocolo Regional de Contacto Precoz "piel con piel". Servicio Murciano de Salud. 2022.
4. González Campo, C. Actualización en colapso neonatal. Canarias Pediátrica. 2017; 41(2): 160 – 162.

## Capítulo 103

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL MANEJO DE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

MARIO SANCHEZ NAVIO

## 1 Introducción

El shock anafiláctico se ha convertido en una causa común de visitas a urgencias, pudiendo tener consecuencias potencialmente mortales. Por lo tanto, es imperativo que los trabajadores de la salud brinden atención de alta calidad para controlar adecuadamente esta afección. Muchos informes internacionales indican que los proveedores de atención sanitaria que manejan esta enfermedad carecen de conocimiento, pese a la existencia de guías clínicas en esta área (1).

DEFINICIÓN

La European Academy of Allergy and Clinical Immunology proporciona la siguiente definición de anafilaxia: ”Una reacción severa de hipersensibilidad que afecta al cuerpo de manera generalizada o sistémica y que tiene el potencial de

ser mortal." Clínicamente se presenta como un síndrome complejo causado por mecanismos tanto inmunes como no inmunes (2).

El shock anafiláctico se caracteriza por un estado de hipersensibilidad inmediata en el que se liberan mediadores biológicamente activos en la sangre. Estos mediadores afectan a múltiples órganos del cuerpo, incluido el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular, la piel, las membranas mucosas y el sistema digestivo, provocando una gran variedad de síntomas. Estas respuestas a menudo están mediadas por IgE, lo que lleva a la liberación de mediadores inflamatorios por parte de los mastocitos y basófilos. Estos mediadores incluyen histamina, triptasa, citocinas y mediadores derivados de fosfolípidos, los cuales ejercen un papel en la sintomatología clínica del shock anafiláctico (2).

La rinitis alérgica, asma, dermatitis atópica y antecedentes de alergias a determinadas sustancias son factores de riesgo (3).

TIPOS DE CLASIFICACIÓN

 Las reacciones anafilácticas se pueden dividir en, alérgicas y no alérgicas. La anafilaxia alérgica se divide en subtipos dependiendo de si está mediada por IgE (2).

 La clasificación de Gell y Coombs se emplea en inmunología y se divide en cuatro categorías (2):

• Tipo I: Se caracteriza por una respuesta inmediata que ocurre cuando los mediadores se liberan en respuesta a la unión del antígeno con la inmunoglobulina E (IgE). Esta respuesta requiere una exposición con anterioridad al antígeno.

• Tipo II: Implica una reacción citotóxica contra la membrana de los hematocitos y está mediada por las inmunoglobulinas IgG e IgM.

• Tipo III: Se generan a partir de la unión de antígenos y anticuerpos solubles que forman compuestos insolubles antígeno-anticuerpo. Estos complejos quedan atrapados en la microvasculatura y activan el complemento, lo que provoca la quimiotaxis de leucocitos.

• Tipo IV: surge de la interacción con linfocitos que ya son sensibles a antígenos específicos. Estas reacciones se desarrollan lentamente, aparecen dentro de las 24 a 48 horas, alcanzan su punto máximo entre 40 y 80 horas después de la exposición al antígeno y desaparecen dentro de las 96 horas.

Además de estas cuatro categorías principales, también se incluye otra categoría que incluye tipos de hipersensibilidad indeterminados, como la hipersensibilidad tipo I no mediada por IgE, la pérdida de tolerancia y los mecanismos inmunológicos no específicos. Las reacciones de hipersensibilidad más comunes son las reacciones de tipo I y IV, para las cuales se dispone de métodos de diagnóstico in vivo.

 Anafilaxia según patogenia (2):

• La anafilaxia mediada por IgE es una reacción de hipersensibilidad de tipo I que implica específicamente a la IgE.

• La anafilaxia no mediada por IgE (reacción anafiláctica no alérgica), incluye mecanismos como la activación del complemento, la activación directa de mastocitos y/o basófilos, y la alteración del metabolismo del ácido araquidónico.

• Choque anafiláctico de mecanismo desconocido, que incluye muchos tipos diferentes de afecciones, como shock anafiláctico idiopático, shock anafiláctico inducido por el ejercicio, shock anafiláctico menstrual y otros.

 Para clasificar la gravedad del cuadro y determinar el plan de acción se utiliza la clasificación del shock anafiláctico, que incluye tres grados según los síntomas clínicos y el tipo (4):

 Leve:

• Tipo anafiláctica: rinorrea, picazón en la garganta, prurito limitado, urticaria localizada, congestión nasal, picazón localizada, estornudos, conjuntivitis, prurito limitado y edema cutáneo localizado, son algunos ejemplos de posibles síntomas.

• Tipo no anafiláctica: Incluye síntomas como mareos, escalofríos, sensación de calor, náuseas, cefalea, ansiedad, alteración del gusto, hipertensión leve, vómitos limitados, reacciones vasovagales autolimitadas y enrojecimiento.

 Moderado:

• Tipo anafiláctica: Caracterizada por prurito, broncoespasmo, eritema difuso con signos vitales estables, sensación de opresión en la garganta o ronquera sin dificultad para respirar, sibilancias, urticaria difusa, una leve o nula hipoxia y edema facial sin dificultad para respirar.

• Tipo no anafiláctica: dolor torácico aislado, urgencia hipertensiva, náuseas, vómitos continuos, y reacción vasovagal que requiere y responde al tratamiento,

son algunos ejemplos de posibles síntomas.

 Grave:

• Tipo anafiláctica: Caracterizada por hipoxia significativa, choque anafiláctico (hipotensión con taquicardia), síncope, sibilancias/broncoespasmo, edema laríngeo con estridor y/o hipoxia, edema facial con disnea, edema difuso y eritema difuso con hipotensión.

• Tipo no anafiláctica: Incluye síntomas como arritmias, alteración neurológica, reacción vasovagal resistente al tratamiento, emergencia hipertensiva y convulsiones.

Los síntomas más comunes son la urticaria generalizada y el angioedema, que pueden presentarse como síntomas iniciales o con una reacción alérgica. Sin embargo, si la enfermedad progresa rápidamente, es posible que los síntomas cutáneos no aparezcan y los síntomas más destacables sean los síntomas respiratorios, seguidos de mareos, pérdida del conocimiento y síntomas gastrointestinales. Esto pone en peligro la vida o puede provocar complicaciones. Cabe destacar que la anafilaxia mortal es un fenómeno poco común y a menudo se subestima en las estadísticas mundiales (4).

EPIDEMIOLOGÍA

Se desconoce la incidencia exacta de la enfermedad, pero las estimaciones varían ampliamente, oscilando entre 50 y 2000 casos por 100000 personas por año, según la población estudiada. La prevalencia de esta enfermedad también varía ampliamente y se estima que oscila entre el 0,05% y el 5,1% a lo largo de la vida. Además, algunos estudios muestran que la incidencia de la enfermedad ha aumentado, especialmente en los países desarrollados (1).

En términos de mortalidad asociada a la enfermedad, es una ocurrencia poco común, con una incidencia estimada que oscila entre 0,33 y 3 muertes por 1000000 de personas al año. Sin embargo, cabe destacar que esta tasa de mortalidad puede ser mayor en pacientes asmáticos, adolescentes y ancianos con comorbilidades (1).

## 2 Objetivos

 Conocer los signos y síntomas clínicos de una reacción anafiláctica, así como los principales alérgenos responsables de desencadenar estos episodios.

 Estudiar las características diagnósticas de una reacción anafiláctica, así como su tratamiento y manejo por el personal de salud, con el fin de garantizar un manejo adecuado de esta condición.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el manejo de una reacción anafiláctica por el personal sanitario. Para ello se ha realizado una búsqueda íntegra de diversos documentos bibliográficos, utilizando varias fuentes documentales.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.

Las bases de datos utilizadas han sido: Scielo y Google Académico. La búsqueda bibliográfica se realizó en el mes de septiembre. Para ello, han sido empleadas las siguientes palabras clave: anaphylaxis, allergic reaction, nursing care. Combinándolas con el operador booleano
AND.

ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Después de reunir los estudios pertinentes, se procedió a la lectura del título y resumen para comprobar si cumplen los criterios de inclusión o no. Tras este procedimiento de clasificación, se procedió a la lectura completa de aquellos que sí habían reunido los criterios requeridos, siendo entonces analizados. Finalmente, se seleccionaron 5 artículos; 3 de Scielo y 2 de Google Académico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para la selección de los estudios se han tenido en cuenta una serie de criterios de inclusión, tales como:

• Revisiones y estudios científicos, de acceso libre, con una antigüedad máxima de cinco años (entre el 2018 y la actualidad).

• Los idiomas de los artículos seleccionados han sido el castellano y el inglés.

• Artículos de texto completo y gratuito.

• Resúmenes de artículos.

Para la selección de los estudios se han tenido en cuenta también una serie de criterios de exclusión, tales como:

• Artículos con antigüedad de publicación superior a cinco años.

• Artículos en idiomas distintos al inglés o al castellano que no fueran de acceso libre o que no aportaran información relevante.

• Artículos de pago.

## 4 Resultados

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Según el órgano afectado los síntomas clínicos de la anafilaxia varían ampliamente. Pueden ocurrir dentro de las dos horas posteriores a la exposición al alérgeno, pero en la mayoría de los casos aparecen unos 30 minutos después de la exposición oral e incluso antes en el caso de una inyección de medicamento o una picadura de insecto. Angioedema, urticaria y enrojecimiento de la piel son los síntomas más comunes, pero estos síntomas pueden no ocurrir en casos de anafilaxia que progresa rápidamente o en el período perioperatorio (1). En un estudio actual que analizó una muestra de 2012 sobrevivientes de shock anafiláctico, se encontró que el órgano más afectado fue la piel (84%), seguido de los síntomas cardíacos, cardiovasculares (72%) y seguido de los síntomas del sistema respiratorio (68%) (1).

La congestión nasal, rinorrea, tos, disnea y sibilancias (síntomas respiratorios) son más comunes en niños. Por otro lado, en adultos, las manifestaciones cardiovasculares son predominantes, jugando además un papel fatal en las reacciones anafilácticas ya que el corazón actúa tanto como fuente como objetivo de los mediadores inmunológicos liberados durante las reacciones alérgicas graves (1).

Se ha informado que síntomas como dolor abdominal, vómitos o diarrea ocurren en aproximadamente el 45% de los episodios de shock anafiláctico. Sin embargo, los síntomas neurológicos como acúfenos, dolor de cabeza, mareos, convulsiones, pérdida del conocimiento son menos comunes y relajación de esfínteres (1).

Anticipar la duración, gravedad o probabilidad de recurrencia de una reacción anafiláctica también conocida como reacción bifásica) es imposible puesto que no existen factores predictivos (1).

Se ha observado que las reacciones anafilácticas prolongadas pueden durar de 5 a 32 horas después de su aparición. En raras ocasiones se produce anafilaxia tardía, en la que los síntomas clínicos aparecen incluso después de dos horas de exposición al alérgeno (1).

ETIOLOGÍA

Según la edad, ocupación y actividades de cada individuo, los alérgenos responsables de desencadenar episodios de anafilaxia pueden variar (1). A nivel mundial, los principales desencadenantes de la anafilaxia son las picaduras de insectos, los medicamentos y los alimentos (5).

En los niños, la causa más común de anafilaxia es la alergia alimentaria, mientras que en los adultos las causas más comunes son los medicamentos, seguidas de los alimentos y las picaduras de insectos. Los antibióticos betalactámicos, los antiinflamatorios no esteroides, otros antiinfecciosos no betalactámicos y los medios de contraste son los fármacos implicados con mayor frecuencia en casos de anafilaxia. En cuanto a los alimentos que causan la mayoría de los casos de anafilaxia, esto puede variar según la región geográfica y las diferencias culturales, pero ejemplos comunes son la leche, los huevos y las nueces. Un ejemplo perfecto es el maní, que en Estados Unidos es el alimento más comúnmente asociado con reacciones anafilácticas (5).

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO

Para prevenir posibles errores en el diagnóstico y manejo de esta afección, los cuales podrían tener consecuencias fatales para el paciente, es esencial tener un conocimiento preciso de los signos y síntomas clínicos de la anafilaxia, así como saber cómo administrar el tratamiento adecuado (1). La mayoría de las reacciones anafilácticas son tratadas por profesionales de la salud que no son especialistas en alergología. Por este motivo, es sumamente importante que todas las especialidades médicas estén completamente preparadas para responder eficazmente a estas situaciones (4). Los estudios que examinan la atención de los pacientes con anafilaxia han encontrado deficiencias en la atención brindada en los departamentos de emergencia. Se ha observado que en lugar de epinefrina, tratamiento de elección en estos casos, se utilizan más habitualmente corticoides y antihistamínicos (1).

Además, es importante recordar que puede haber diferentes opiniones en la clasificación de la gravedad de la reacción anafiláctica, lo que puede dar lugar a diferentes enfoques de tratamiento (1).

Un estudio actual en América Latina encontró que más del 50% de los países de la región carecen de guías clínicas para el tratamiento de la anafilaxia. Además, se ha observado que el uso de epinefrina ocurre en menos del 50% de los casos, siendo los tratamientos más utilizados los antihistamínicos y los esteroides (1). Por otro lado, un estudio transversal que evaluó los fármacos más comunes causantes de anafilaxia en 11 países latinoamericanos y su tratamiento, encontró que la epinefrina se prescribe solo en el 27% de los casos de anafilaxia y más a menudo en situaciones de shock anafiláctico. De manera similar, otro estudio transversal de 1114 médicos de urgencias pediátricas en los Estados Unidos encontró que, aunque la mayoría de los médicos (93,5%) consideraban la epinefrina el fármaco de elección para el tratamiento de la anafilaxia, sólo el 66,9% prescribían este fármaco mediante inyección intramuscular (1).

Estos resultados demuestran que, a pesar de la existencia de guías de práctica clínica basadas en evidencia en todo el mundo, todavía existen lagunas importantes en su implementación. Por ello, es de suma importancia realizar actividades educativas dirigidas a los trabajadores de la salud para garantizar el manejo adecuado de esta situación (1).

## 1. DIAGNÓSTICO

Ningún conjunto de criterios proporcionará una sensibilidad y especificidad del 100%. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Sin embargo, es importante que los criterios utilizados en los entornos sanitarios posibiliten un diagnóstico rápido y sencillo. Para ello, se ha establecido que el diagnóstico de anafilaxia debe cumplir una o más de las siguientes características (5):

1.1 Aparición repentina de síntomas (entre minutos y horas después de la exposición) en la piel, las membranas mucosas o ambas (p. ej., urticaria generalizada, enrojecimiento, picazón, hinchazón de los labios, úvula o lengua) acompañada de al menos uno de los siguientes signos: a) Compromiso respiratorio (por ejemplo, disnea, broncoespasmo, estridor, reducción del flujo espiratorio máximo, sibilancias, hipoxemia). b) Descenso de la presión arterial o síntomas relacionados con disfunción de órganos terminales (por ejemplo, síncope, hipotonía, incontinencia).

1.2 Aparición rápida (minutos a varias horas) de dos o más de los siguientes síntomas después de la exposición a un alérgeno probable para el paciente: a) Afectación de las mucosas o la piel con síntomas como: urticaria generalizada, picazón, inflamación de labios, lengua o úvula. b) Compromiso respiratorio con síntomas como disnea, estridor, sibilancias, broncoespasmo, reducción del flujo espiratorio máximo, hipoxemia). c) Descenso de la presión arterial o síntomas vinculados (por ejemplo, hipotonía, síncope, incontinencia). d) Síntomas gastrointestinales mantenidos como: dolor abdominal con cólicos, vómitos).

1.3 Descenso de la presión arterial después de la exposición a un alérgeno conocido para el paciente: a) En lactantes y niños: presión arterial sistólica baja (ajustada a la edad) o más del 30% de reducción de la presión arterial sistólica. b) En adultos: presión arterial sistólica inferior a 90 mm Hg o más del 30% de reducción desde la línea de base de la persona.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Aunque, como decíamos anteriormente, el diagnóstico de anafilaxia se realiza de forma clínica. En algunos casos, se pueden realizar pruebas adicionales para diagnosticar y determinar la causa, lo que ayudará a identificar y evitar desencadenantes específicos, así como a prevenir episodios de anafilaxia futuros (1).

• Triptasa sérica: Los niveles sanguíneos de triptasa pueden estar elevados en pacientes con patologías como enfermedad de Gaucher, mastocitosis sistémica, síndrome de activación mastocitaria, leucemia mieloide aguda y síndrome mielodisplásico. Sin embargo, en personas sanas se considera que un nivel de triptasa por encima del valor de referencia del laboratorio (generalmente >14 mg/ml) puede indicar la presencia de anafilaxia puesto que la triptasa sérica es una enzima que se encuentra principalmente en los mastocitos y basófilos. La medición de esta enzima es una herramienta diagnóstica ampliamente utilizada para identificar casos de anafilaxia en todo el mundo (1).

Existen otras pruebas, como la medición de los niveles de prostaglandina D2 en orina, los niveles plasmáticos de histamina y factor activador de plaquetas, que parecen ser sensibles y específicos en el diagnóstico de anafilaxia. Sin embargo, la disponibilidad de estas pruebas en los laboratorios clínicos locales es escasa (1).

• IgE específica de alérgeno: El nivel de inmunoglobulina E específica del alérgeno en suero o en pruebas cutáneas se determina según el alérgeno sospechoso. Si

al menos una de estas pruebas es positiva y el historial médico es congruente, el alérgeno se considera un probable desencadenante de una reacción anafiláctica (1).

• Pruebas de reto: El objetivo es evaluar si se desencadena una reacción alérgica similar a la reportada por el paciente durante el episodio de anafilaxia. Se realiza mediante la administración (normalmente por vía oral) del producto sospechoso. Se consideran el método diagnóstico definitivo, ya que establecen una conexión directa entre los síntomas clínicos y el producto ingerido (1).

2. TRATAMIENTO Y MANEJO

La adrenalina es considerada el medicamento más eficaz en esta patología, de tal manera que el tratamiento principal para cualquier reacción anafiláctica se basa en su administración. La adrenalina tiene la capacidad de prevenir o revertir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular, y su administración temprana es crucial para mejorar la supervivencia. Proporciona un margen terapéutico estrecho puesto que actúa rápidamente y tiene una vida media corta. Sus mecanismos de acción abarcan la reducción del edema en las mucosas, la dilatación de las vías respiratorias, la constricción de los vasos sanguíneos periféricos y la inhibición de la liberación de mediadores inflamatorios de mastocitos y basófilos (3).

Síntomas como inquietud, mareos, cefalea, palpitaciones, palidez y temblores son los efectos adversos que puede producir la adrenalina, son generalmente leves y transitorios. La inyección intramuscular (IM) se considera la mejor opción para la administración de epinefrina para el tratamiento inicial de la anafilaxia en todas las situaciones porque proporciona un mayor grado de seguridad que la administración intravenosa (IV). El lugar recomendado para la inyección intramuscular es la parte frontal del muslo. La administración intravenosa debe reservarse para personal médico experimentado en un entorno hospitalario y con una estrecha monitorización cardíaca debido al mayor riesgo de eventos adversos graves como taquicardia e isquemia miocárdica. La administración intravenosa está indicada en pacientes que no responden a inyecciones intramusculares repetidas de epinefrina y reanimación con volumen, así como en casos de hipotensión grave y refractaria y signos de shock. Además, es importante administrar oxígeno cuanto antes para mantener la saturación de oxígeno por encima del 95%, utilizando una mascarilla u otro equipo si es necesario (3).

La administración temprana de líquidos también es importante debido al aumento de la permeabilidad vascular y la extravasación significativa de plasma hacia el espacio intersticial. Si la hipotensión persiste después de la administración

de epinefrina, se considera que ha ocurrido deterioro intravascular y se requiere una reposición de volumen agresiva antes de repetir la dosis de epinefrina. Para ello, la primera opción es utilizar solución salina isotónica, lo que requiere crear una vía intravenosa que asegure la infusión de grandes cantidades de líquido. Si la presión arterial no mejora a pesar de las medidas de expansión de volumen, se administrará una nueva dosis de epinefrina y se considerará la posibilidad de soporte inotrópico con agentes como dopamina o norepinefrina (3).

La segunda opción de tratamiento en el contexto de una reacción anafiláctica son los antihistamínicos. Aunque los datos que respaldan su eficacia en el shock anafiláctico son limitados, su uso está justificado por su capacidad para contrarrestar algunos de los efectos de la histamina. Es importante señalar que el uso de antihistamínicos por sí solo no es suficiente para tratar completamente la anafilaxia. Por otro lado, los corticosteroides pueden desempeñar un papel importante en la prevención o reducción de reacciones a largo plazo. En casos de asma, el uso temprano de corticoides es beneficioso tanto para adultos como para niños. Sin embargo, faltan datos para determinar la dosis óptima de hidrocortisona en el tratamiento de la anafilaxia (3).

Este enfoque de manejo farmacológico se complementa con la priorización de las vías respiratorias según un procedimiento de emergencia conocido como C.A.B. (Circulación, Vía Aérea Abierta, Respiración), incluye los siguientes objetivos y actividades (4):

• Circulación: Es fundamental evaluar la circulación del paciente, preferiblemente mediante la verificación del pulso. El objetivo es fomentar el adecuado flujo sanguíneo a través del corazón.

• Abrir vía aérea: El objetivo es comprobar y mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, incluidas la nariz, la boca y la garganta, para que el aire pueda entrar fácilmente a los pulmones del paciente. Los pasos para lograr este objetivo incluyen abrir las vías respiratorias y verificar si hay obstrucciones (como objetos extraños o alimentos). Si se encuentra una obstrucción, se debe eliminar.

• Respiración: El objetivo es garantizar un flujo de aire adecuado dentro y fuera de los pulmones. Para hacer esto, debe hacer lo siguiente: observe el movimiento del tórax, acerque la oreja a la boca del paciente para escuchar si el aire ingresa a los pulmones, determine si puede sentir el flujo de aire en la mejilla.

Estas acciones se realizan de forma secuencial para evaluar y gestionar eficaz-

mente la emergencia y garantizar que el paciente esté oxigenado adecuadamente (4).

## 5 Discusión-Conclusión

El shock anafiláctico es un síndrome agudo, de rápido desarrollo y potencialmente mortal que afecta a sistemas del cuerpo múltiples. Esta reacción alérgica es una emergencia médica que requiere intervención inmediata para prevenir complicaciones fatales.

En numerosos casos, la anafilaxia es el resultado de una respuesta inmune mediada por IgE a sustancias como medicamentos, contraste para rayos X, alimentos o picaduras de insectos, aunque pueden estar involucrados otros factores.

La adrenalina es el tratamiento de elección frente a un episodio de anafilaxia, ya sea por vía intramuscular o intravenosa.

El diagnóstico de anafilaxia se basa principalmente en la evaluación clínica. El diagnóstico preciso es esencial para garantizar una intervención oportuna. Aunque existen directrices clínicas basadas en evidencia en todo el mundo, todavía existen lagunas importantes en su implementación. Por lo tanto, es de suma importancia implementar programas educativos dirigidos al personal sanitario y así garantizar el manejo adecuado de esta enfermedad.

Es importante destacar que la mayoría de los episodios de anafilaxia son tratados por profesionales de la salud que no especializada en alergología. Por este motivo, es de suma importancia preparar adecuadamente al personal sanitario para responder eficazmente a situaciones de shock anafiláctico, jugando la educación un papel esencial en su asimilación y mantenimiento de conocimientos imprescindibles para resolver esta situación.

## 6 Bibliografía

1. Londoño Julián, Raigosa María, Vásquez María, Sánchez Jorge. Anafilaxia: estado del arte. Iatreia [Internet]. 2018 June [citado 2023 Sep 19]; 31 (2): 166-179. Disponible en: https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v31n2a05.
2. Dávila Cabo de Villa Evangelina. Reacciones anafilácticas ante agentes anestésicos. Medisur [Internet]. 2019 Abr [citado 2023 Sep 19]; 17(2): 248-253. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-

897X2019000200248&lng=es.
3. Toledo-Ramírez, M. I., Romero-Feregrino, R., Reyes-Gómez, U., Luévanos-Velázquez, A., Reyes-Hernández, K. L., Reyes-Hernández, M. U., et al, O. Reacción anafiláctica severa secundaria a la aplicación de la vacuna triple viral, Sarampión, Parotiditis y Rubeola (SPR). Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora [Internet] 2018 [citado 2023 sep 19]; 34(2): 136-143. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=77557.
4. Vázquez Espinosa Luis Fernando, Castañeda Solís Ana Karen, Pérez Castro y Vázquez Jorge Alfonso. Manejo inadecuado de una reacción anafiláctica al medio de contraste. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2019 Feb [citado 2023 Sep 23] ; 62( 1): 40-49. Disponible en:.https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.1.08.
5. Palacios Rodríguez, E. P., Cucariano Camargo, A. E. Estudio de casos de reacciones anafilácticas por administración de medicamentos reportados en la ciudad de Bogotá DC entre los años 2009-2018. Bogotá : Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales [Internet] 2019 [citado 2023 sep 23]. Disponible en: https://repository.udca.edu.co/handle/11158/1959.

## Capítulo 104

# CÓDIGO ICTUS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

NOELIA VALVERDE BAEZA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

EMMA MARTÍN MAÑAS

ADELA CUENCA ARANDA

## 1 Introducción

El Ictus o accidente cerebrovascular (ACV) se define según Mercado et al (2020) como la disminución del flujo sanguíneo cerebral lo que provoca un déficit transitorio o permanente del funcionamiento de una o varias partes del cerebro. Por otro lado, define el Código Ictus como método de actuación protocolizado y multidisciplinar que facilita identificar los signos y síntomas que presenta una persona que está sufriendo dicho episodio. Además, permite notificar de forma precoz al hospital más cercano con disponibilidad de recursos, la llegada del paciente para que su atención sea inmediata, permitiendo la coordinación entre los diferentes servicios del hospital y el personal sanitario encargado del transporte del paciente.

Al igual que otras patologías el ACV presenta signos y síntomas característicos. La presencia de ellos indica que se trata de un caso de atención urgente. Estos signos y síntomas se dan de forma imprevista y pueden aparecer unos u otros

dependiendo de la zona cerebral afectada, son: pérdida de fuerza en un lado del cuerpo (hemiparesia), trastorno de la sensibilidad de un lado de la cara o del cuerpo, alteración del lenguaje ( dificultad para hablar o ser entendido), pérdida de visión en un ojo o ambos y por último, inestabilidad, diplopía o sensación de vértigo y dolor de cabeza muy intenso (Valdivielso Gómez, 2020).

## 2 Objetivos

- Definir ictus o accidente cerebrovascular y Código Ictus.
- Describir los signos y síntomas generales de un accidente cerebrovascular (ACV).
- Conocer la clasificación de los accidente cerebrovascular (ACV).
- Explicar el tratamiento farmacológico en ACV Isquémico.
- Identificar las escalas de valoración del paciente con accidente cerebrovascular (ACV).

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y ScienceDirect. Se han seleccionado artículos comprendidos entre el año 2019 y 2023, con la excepción de un artículo incluido en el año 2017.

## 4 Resultados

Los accidente cerebrovascular (ACV) se pueden clasificar de forma inicial en isquémicos y hemorrágicos según su etiología de base.
En el caso de los accidente cerebrovascular (ACV) isquémicos, pueden producirse en consecuencia de la presencia de un trombo, una embolia o a la disminución del gasto cardíaco o como consecuencia de la mala calidad de la sangre como ocurre en presencia de anemia, trombocitopenia y policitemia. Por otro lado, este tipo de ACV puede clasificarse en focal (disminución parcial) o global según el grado de extensión del área afectada pudiendo ser: infarto de circulación anterior total (TACI), infarto de circulación anterior parcial (PACI), infarto de circulación posterior (POCI) o infarto lacunar (LACI) (Mercado et al., 2020).
Además, según el tiempo de duración del accidente cerebrovascular (ACV) se pueden clasificar en: accidente isquémico transitorio (AIT) cuya duración no so-

brepasa la hora y no genera daño cerebral al paciente o infarto cerebral donde existe una interrupción completa del flujo sanguíneo cerebral, la sintomatología persiste y puede general un daño cerebral temporal o permanente en la persona (Laplaza et al., 2021).

Los accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágicos se clasifican en: hemorragia cerebral, producida por un aneurisma que se rompe, cuya gravedad depende de la zona afectada y sangre acumulada; hemorragia subaracnoidea, se produce cuando se rompe un vaso sanguíneo en el espacio subaracnoideo por lo que la sangre no entra en contacto con el cerebro. Ambos ACV pueden ser consecuencia de hipertensión, traumatismos o malformaciones congénitas (Martínez et al., 2019).

A la hora de valorar a un paciente con posible accidente cerebrovascular (ACV), tanto medicina como enfermería tienen a su disposición las escalas de valoración, algo que permite realizar un diagnóstico de manera precoz y por tanto actuar a tiempo. La escala FAST permite valorar diferentes ítems como el tono muscular de la cara, la fuerza en ambos brazos, el lenguaje y el tiempo. La escala RACE es una simplificación de la escala NIHSS, la cual tiene mayor capacidad para predecir la oclusión de un vaso y es la de mayor uso en extrahospitalaria. Por último, la escala NIHSS tiene el objetivo de puntuar de forma numérica la gravedad del ictus, así como la necesidad de tratamiento revascularizador y tiene valor pronóstico (Barrios Ruano y Fernández Zapico, 2017).

Para finalizar, en el caso de los accidente cerebrovascular (ACV) isquémicos, el tratamiento de elección es el farmacológico, basándose en la administración de un trombolítico denominado activador tisular del plasminógeno como es el Actilyse. Se administra vía parenteral, a una velocidad de 0,9 mg/kg en 60 minutos, el 10% del fármaco inicial se administra en bolo durante 1 minuto, siempre acompañado de oxigenoterapia (Nieto y Artés, 2020).

## 5 Discusión-Conclusión

- El Ictus se trata de una patología tiempo dependiente, una característica que hizo que fuese necesario crear a nivel nacional un protocolo de actuación que asegurara la atención precoz de los pacientes que sufren este episodio.
- Las escalas de valoración del paciente con accidente cerebrovascular (ACV) son una herramienta muy útil en la actuación extrahospitalaria, ya que permiten un diagnóstico precoz y son sencillas de aplicar al paciente.
- En el caso de los accidente cerebrovascular (ACV) isquémicos el tratamiento principal se basa en la administración de un fármaco trombolítico, por lo que

es necesario realizar un diagnóstico correcto, ya que en el caso de tratarse de un accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico el pronóstico para el paciente podría ser fatal.

## 6 Bibliografía

1. Barrios Ruano, H., & Fernández Zapico, S. (2017). Ictus: escalas de valoración neurológica en urgencias. Ciberrevista Enfermería de urgencias, (56).
2. Martínez, N. M. S., Mosquera, I. E. L., Moreira, K. M. S., & Casquete, K. K. C. (2019). Evento Cerebrovascular Isquémico vs Hemorrágico. Recimundo, 3(4).
3. Mercado, N. C., Porras, B. L., Antonio, J., & Caballero, A. (2020). Código ictus: activación y atención prehospitalaria. 9
4. Nieto, A. M. T., & Artés, J. G. (2020). El tratamiento de eleccion en el ictus isquémico, actilyse y cuidados de enfermeria. 3.
5. Laplaza, D. R. D. U., Páez, D. E. R., Tomás, D. M., Carlavilla, D. M., Marín, D. N., & Pérez, D. L. (2021). Código ICTUS: Correlación fisiopatológica mediante TC y RM. Seram, 1(1).
6. Valdivielso Gómez, L. (2020). Código ictus: Atención urgente.

## Capítulo 105

# OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN URGENCIAS

ANA MARÍA PÉREZ LÓPEZ

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

ÁLVARO DURÁN RELAÑO

## 1 Introducción

La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) es una variante terapéutica que se basa en la obtención de presiones parciales de oxígeno elevadas, al respirar oxígeno puro en el interior de una cámara hiperbárica, a una presión superior a la atmosférica. Es importante saber que la aplicación local de oxígeno no es OHB y no tiene demostrada su eficacia terapéutica.

EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA OHB
El efecto directo de la hiperoxia es el incremento del aporte plasmático de 02, que accede a los tejidos por capilaridad y es transferido a favor de gradiente en territorios hipóxicos a través de difusión simple, suficiente para mantener por sí mismo las necesidades del organismo.
Otros efectos:
- Disminución del volumen de burbujas.
El aumento de la presión ambiental disminuye de forma proporcionalmente inversa el volumen de las burbujas vasculares y tisulares que se forman o se introducen en el organismo.

Asimismo, el aumento de la presión parcial de oxígeno y la disminución a cero de la del nitrógeno, acelera la reabsorción de los émbolos gaseosos. Este tratamiento es esencia a la hora de tratar la enfermedad descompresiva

- Reducción de la toxicidad del monóxido de carbono.

El uso de la OHB en la intoxicación por monóxido de carbono, disminuye la vida media de la carboxihemoglobina, aportando oxígeno libre a los tejidos, con un marcado efecto antiedema cerebral.

- Inhibición de la producción de toxinas por anaerobios.

La alta mortalidad de la gangrena gaseosa se debe principalmente al shock tóxico hemolítico producido por la alfa toxina. El único fármaco con capacidad para de inhibir su proliferación es la OHB.

- Acción directa sobre gérmenes anaerobios.-

La OHB tiene un efecto bactericida sobre gérmenes anaerobios, como el Clostridium perfringens y bacteriostáticas sobre algunos como Bacteroides Frágilis, Actinomices,
Rhizopus y otros.

- Estímulo a la cicatrización en heridas hipóxicas.

A pesar de que la existencia de la hipoxia aguda es el principal componente estimulante de los mecanismos de cicatrización, la existencia de una hipoxia generalizada y mantenida disminuye la formación de neocapilares, fibroblastos y colágeno, así como la actividad de osteoclastos y osteoblastos.
El establecimiento de amplios gradientes de presión entre tejido hipóxico y los límites sanos mediante la OHB, retorna la capacidad de neovascularización, producción de fibroblastos y colágeno estable, así como la actividad de osteoclastos y osteoblastos.
Así, se obtiene un tejido de granulación muy desarrollado sobre territorios hipóxicos, complicado de observar fuera de la terapia hiperbárica.

## 2 Objetivos

Objetivo principal: dar a conocer la efectividad y utilización de la oxigenoterapia como tratamiento coadyudante o principal 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

La única contraindicación absoluta para la OHB es la exitencia de un neumotórax no tratado. Aún en esta circunstancia, si es de urgencia vital, se podría realizar la terapia si se colocara el drenaje pleural dentro de la cámara para así evitar la creación de un neumotórax a tensión.
De igual manera, el uso concomitante con algunos fármacos se puede considerar como una posible contraindicación. El cisplatino, adriamicina y disulfiran podrían provocar efectos tóxicos
A lo largo del tratamiento, en estos casos se debe sopesar riesgo-beneficio.
Tradicionalmente se describe el efecto de la hiperoxia en situación de estrés oxidativo, en los sistemas nervioso y respiratorio. Cuando se alcanza una presión de 02 excesivamente elevada puede presentarse un cuadro de irritación cortical. Remite de forma espontánea al parar la administración de 02 y no deja secuelas. En exposiciones muy prolongadas se podrían presentar efectos tóxicos sobre el aparato respiratorio, en forma de alveolitis extrínseca.
El aumento de la presión ambiente puede producir barotraumatismos (ocurre cuando hay un desequilibrio entre la presión del aire en el oído medio y la presión del aire ambiente), el más común de los cuales es el timpánico. Se podría evitar fácilmente con un mínimo de entrenamiento. Los barotraumatismos también pueden ocurrir en personas que practican submarinismo.
Es más o menos frecuente también la aparición de trastornos de la refracción visual como el empeoramiento de la miopía y mejora de la presbicia, que desaparecen a las pocas semanas de terminar con el tratamiento. El embarazo no sería en sí misma una contraindicación, incluso en determinadas situaciones de urgencia tal como sería la intoxicación por monóxido de carbono, es una indicación preferente. Sin embargo, debería realizarse una cuidadosa valoración durante el tratamiento y posteriormente.

## 5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser la Oxigenoterapia Hiperbárica un tratamiento bastante importante por ser el único para diferentes patologías como el Embolismo Gaseoso, el Síndrome de Hipertensión Intratorácica y de la Enfermedad por descompresión, además de ser tratamiento complementario para muchas otras, existe un gran

desconocimiento a nivel de personal sanitario, haciendo hincapié en los profesionales de enfermería.
Es muy importante formar a los profesionales sanitarios sobre este tipo tratamiento ya que, en ciertos casos, es la terapia de elección para enfermedades complicadas de tratar, por lo que es imprescindible que el profesional conozca las posibilidades para tratar una patología, siendo en muchos casos la Oxigenoterapia.

## 6 Bibliografía

1. Alonso C, Carrillo Becerra A, Arroyo Fiz I, Castro O, Viola DA, Crespo A. OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA EN URGENCIAS [Internet]. Medynet.com. [cited 2023 Sep 30]. Available from: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/oxigeno.pdf.
2. Formacionasunivep.com. [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://formacionasunivep.com/IIIcongresosalud/documents/LIBRO%20CUIDADOS%2007-09-2016.pdf#page=212.

## Capítulo 106

# IMPORTANCIA DE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE INTUBADO

MARÍA DEL PILAR ROMERO BARRAGÁN

CRISTINA HERNÁNDEZ MORENO-MANZANARO

MARIA DE LOS DOLORES OCAÑA MORAGA

JUAN SATURIO SANTOS

RAÚL FERNÁNDEZ DE MARCOS DE LA MORENA

## 1 Introducción

La aspiración de secreciones de la vía aérea en un paciente que se encuentra con ventilación mecánica invasiva tiene como objetivo principal la eliminación de estas mediante su extracción, de este modo se trata de prevenir la aparición de infecciones respiratorias secundarias a la acumulación de secreciones (1).
Las técnicas de aspiración de secreciones pueden realizarse siguiendo tres procedimientos, los cuales son la aspiración endotraqueal, la aspiración nasotraqueal y la aspiración a través de la traqueostomía (2).
Existen varios tipos de aspiración, según el área anatómica a aspirar (1):
- Aspiración orofaríngea y nasofaríngea: consistente en la eliminación de secreciones de la boca, nariz y faringe mediante la aspiración de las mismas.

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

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

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

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

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

## 2 Objetivos

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

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Es importante tener en cuenta las precauciones que hay que tomar a la hora de realizar los procedimientos que implican la aspiración de secreciones de la vía aérea (1):
- Aspirar exclusivamente cuando sea necesario, nunca de forma rutinaria.
- Aspirar a personas conscientes puede provocar náuseas e inducir el vómito, favoreciendo la broncoaspiración.
- La aspiración de secreciones produce un aumento de la presión intracraneal, por lo que será preciso realizar una valoración previa del estado general del paciente para asegurar que esta técnica puede ser realizada en condiciones de seguridad.
- La aspiración puede provocar bradicardia e hipotensión arterial por estimulación vagal.
- En pacientes que presentan ventilación mecánica, pueden desarrollar sintomatología como la tos excesiva, disminución del volumen/minuto, aumento de la presión pico, desadaptación del enfermo a la ventilación mecánica, reducción de la saturación de O2 o presencia de secreciones residuales en el tubo endotraqueal.
- En el caso de que el paciente presente edema laríngeo, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño o broncoespasmo, la aspiración estará contraindicada.
- Siempre habrá que tener especial cuidado con los pacientes que presentan problemas en la coagulación.

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

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

A la hora de realizar el procedimiento de aspiración de secreciones, habrá que explicárselo al paciente, siempre y cuando esté consciente, posicionar su cabecero a 45º si no hay contraindicaciones, preparar el campo estéril, así como la colocación de los guantes estériles (2).Tras conectar la sonda al aspirador y comprobar su correcta permeabilidad con suero fisiológico, habrá que desconectar al paciente de la oxigenoterapia, oxigenar al paciente al 100% previo al inicio de la aspiración, tras lo cual se procederá a introducir la sonda de forma suave a través del tubo

endotraqueal, siempre sin aspirar al introducir la misma (2).
Una vez que se llega a la carina, se procede a aspirar, girando la sonda de forma continua y suave, sin realizar movimientos bruscos y tomando para ello menos de 15 segundos, tras lo cual hay que conectar nuevamente al paciente al equipo de oxigenoterapia, al menos durante 1 o 2 minutos previo a la realización de nuevas aspiraciones (2).
Tras realizar cada aspiración se lavará la sonda en la botella de suero fisiológico.
Tras finalizar la aspiración de las secreciones, habrá que observar el ritmo, frecuencia, coloración de la piel y mucosas, así como la saturación de oxígeno del paciente, siempre reflejando esta información en la gráfica del mismo (2).
En el caso de realizar la aspiración nasotraqueal, la principal diferencia con el método general consiste en que la sonda se inserta a través del orificio nasal, siempre aprovechando las fases de inspiración para favorecer el progreso de la sonda, hasta que se obtenga resistencia durante la introducción, es en ese momento en el que se comienza a retirar la sonda con movimientos rotatorios mientras se realiza la aspiración (2).
Cuando la aspiración se realiza a través de la traqueostomía, la principal característica particular en comparación con el método general de aspiración es que habrá que introducir la sonda a través del estoma traqueal o a través de la cánula, siempre suavemente y sin forzar (2).
En este caso se podrá tener resistencia al principio de la introducción de la sonda, pero esto es debido a la curvatura de la cánula, por lo que es preciso proceder hasta llegar a la carina, que ofrece resistencia, siendo el resto del procedimiento exactamente igual que los anteriores (2).
Es importante indicar que para la elección del tamaño correcto del tubo de aspiración en traqueotomías existe una fórmula, la cual es (número de la cánula de traqueotomía -2) x 2, el resultado será la talla del tubo de aspiración que debe ser utilizado (3).

## 5 Discusión-Conclusión

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

cer la adaptación del paciente a la técnica, la cual ha de ser beneficiosa para el mismo sin causarle ningún problema a su situación basal ya complicada.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 107

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y VÍA AÉREA ARTIFICIAL

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

## 1 Introducción

La atención de enfermería en el contexto de la vía aérea artificial es una parte esencial de la atención médica moderna, que desempeña un papel crítico en la preservación de la vida y la mejora de la calidad de vida de pacientes que enfrentan dificultades respiratorias o han perdido la capacidad de respirar de forma natural. Este campo de la enfermería se ocupa de una variedad de situaciones, desde el soporte a pacientes en la sala de cuidados intensivos que requieren intubación hasta aquellos que utilizan dispositivos de ventilación mecánica en el hogar para mantener una adecuada oxigenación y ventilación.

Los cuidados de enfermería en vía aérea artificial son multifacéticos y abarcan una amplia gama de responsabilidades. En primer lugar, implica una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la necesidad de intervención en la vía aérea, así como la selección y administración de los dispositivos adecuados,

como tubos endotraqueales o traqueostomías. Esta selección es crucial, ya que la elección incorrecta o la colocación inapropiada pueden llevar a complicaciones graves.

Una vez que se establece la vía aérea artificial, los enfermeros y enfermeras deben proporcionar un monitoreo continuo y cuidadoso para garantizar que el paciente reciba la cantidad adecuada de oxígeno y ventilación, así como para detectar cualquier signo de deterioro en su condición. Esto puede incluir la medición constante de los niveles de oxígeno en sangre, la presión arterial y la frecuencia cardíaca, entre otros parámetros vitales.

Además, la atención de enfermería en vía aérea artificial también implica la gestión de posibles complicaciones, como infecciones respiratorias, neumonía asociada a la ventilación, obstrucciones en la vía aérea o problemas en la colocación de los dispositivos. Los profesionales de enfermería deben estar preparados para tomar medidas inmediatas para abordar estos problemas y colaborar estrechamente con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos y terapeutas respiratorios.

## 2 Objetivos

1. Informar sobre la importancia de los cuidados de enfermería en vía aérea artificial.
2. Proporcionar información detallada sobre cómo se evalúa a un paciente que necesita soporte en la vía aérea y cómo se seleccionan y administran los dispositivos adecuados.
3. Explorar los aspectos técnicos de la atención.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre publicaciones científicas existentes. También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado en bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline.

# 4 Resultados

Por supuesto, aquí tienes información sobre los cuidados de enfermería en relación con la vía aérea artificial de manera explicativa:

La vía aérea artificial se refiere a la inserción de un tubo o dispositivo en la tráquea de un paciente para garantizar una adecuada ventilación y oxigenación cuando la vía aérea natural está comprometida. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en la gestión de la vía aérea artificial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. A continuación, se describen los cuidados de enfermería relacionados con la vía aérea artificial:

1. **Evaluación Continua:** La enfermera debe realizar una evaluación constante del paciente, observando signos vitales, saturación de oxígeno, y la apariencia general del paciente. Cualquier cambio en la condición del paciente debe ser identificado y tratado de inmediato.

2. **Mantenimiento de la Vía Aérea:** Asegurarse de que el tubo de la vía aérea artificial esté correctamente colocado y fijado para evitar la obstrucción o el desplazamiento accidental. Se debe verificar la posición del tubo mediante radiografía y escuchar el sonido del aire entrando y saliendo de los pulmones.

3. **Cuidado de la Piel:** Proteger la piel alrededor de la vía aérea artificial, especialmente en áreas donde está fijada con cintas o dispositivos de sujeción. Esto ayuda a prevenir úlceras por presión y lesiones cutáneas.

4. **Higiene Oral:** Realizar cuidados bucales frecuentes para evitar la acumulación de secreciones y prevenir infecciones respiratorias. Esto incluye la aspiración de secreciones, el lavado bucal y la lubricación de labios y membranas mucosas.

5. **Succión:** Realizar la succión de las secreciones de la vía aérea artificial según sea necesario para mantener las vías respiratorias despejadas. Esto requiere precaución para evitar lesiones en la mucosa y la hipoxia.

6. **Monitorización Continua:** Utilizar monitores para controlar la oxigenación y la ventilación del paciente, así como para detectar cualquier complicación o disfunción en la vía aérea artificial, como obstrucciones o desconexiones.

7. **Comunicación Efectiva:** Asegurar que el paciente, aunque esté intubado o con otro tipo de vía aérea artificial, pueda comunicarse de manera adecuada

utilizando métodos como la escritura o el uso de dispositivos de comunicación asistida.

8. **Preparación para Emergencias:** Estar preparado para situaciones de emergencia, como obstrucción de la vía aérea, desconexión accidental o fallo en el equipo, y saber cómo responder de manera rápida y efectiva.

9. **Educación al Paciente y la Familia:** Proporcionar información a la familia del paciente sobre la vía aérea artificial y los cuidados necesarios, así como entrenar al personal de cuidadores para ayudar en el cuidado del paciente en el hogar si es necesario.

10. **Registro y Documentación:** Llevar un registro detallado de todas las intervenciones, evaluaciones y cambios en la condición del paciente relacionados con la vía aérea artificial. Esto es fundamental para el seguimiento y la continuidad de la atención.

Los cuidados de enfermería son esenciales para mantener la seguridad y el bienestar de los pacientes con vía aérea artificial, y un enfoque integral y vigilante es necesario para garantizar una atención de calidad. La colaboración interdisciplinaria con médicos y otros profesionales de la salud también es fundamental en el manejo de estos pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería en relación con la vía aérea artificial son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes que requieren este tipo de intervención. La gestión de la vía aérea artificial es una práctica médica crucial que se utiliza en una variedad de situaciones clínicas, como en pacientes en estado crítico, cirugías, trastornos respiratorios graves y más. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en la atención de estos pacientes al proporcionar un cuidado experto y vigilante para mantener la permeabilidad de la vía aérea y prevenir complicaciones potencialmente graves.

Uno de los aspectos más importantes de los cuidados de enfermería en la vía aérea artificial es la evaluación continua del paciente. Esto implica monitorizar constantemente los signos vitales, la saturación de oxígeno y la apariencia general del paciente. La detección temprana de cualquier cambio en la condición del paciente es esencial para tomar medidas inmediatas y prevenir complicaciones.

El mantenimiento de la vía aérea es otro aspecto crítico de los cuidados de enfermería en este contexto. La enfermera debe asegurarse de que el tubo de la vía aérea esté correctamente colocado y fijado para evitar obstrucciones o desplazamientos. La confirmación de la posición del tubo mediante radiografía y la auscultación del sonido del aire entrando y saliendo de los pulmones son procedimientos comunes para garantizar la seguridad del paciente.

La higiene oral es una parte importante de los cuidados de enfermería en pacientes con vía aérea artificial. La acumulación de secreciones puede llevar a infecciones respiratorias, por lo que se deben realizar cuidados bucales regulares, que incluyen la aspiración de secreciones, el lavado bucal y la lubricación de labios y membranas mucosas.

La succión es otra intervención necesaria para mantener las vías respiratorias despejadas. Sin embargo, se debe realizar con cuidado para evitar lesiones en la mucosa y la hipoxia. La enfermera debe estar capacitada para realizar este procedimiento de manera segura y eficiente.

La monitorización continua es esencial en la atención de pacientes con vía aérea artificial. Los monitores se utilizan para controlar la oxigenación y la ventilación del paciente, así como para detectar cualquier complicación o disfunción en la vía aérea artificial, como obstrucciones o desconexiones. Esta vigilancia constante permite una respuesta rápida a situaciones de emergencia.

## 6 Bibliografía

Charles MP, Kali A, Easow JM, Joséph NM, Ravishankar M, Srinivasan S, et al. Ventilator-associated pneumonia. Austral Med J. 2014 Ago 31;7(8):334-44. Citado en PubMed; PMID: 25279009.
Hurley JC. Ventilator associated pneumonia prevention methods using topical antibiotics: herd protection norherdperil? Chest. 2014 Oct; 146(4):890-8. Citado en PubMed; PMID: 25287997.
Bassi GL, Ferrer M, Marti JD, Comaru T, Torres A. Ventilator-associated pneumonia. Semin Respir Crit Care Med. 2014 Ago;35(4):469-81. Citado en PubMed; PMID: 25111643.
López Sánchez M. Insuficiencia respiratoria y ventilación mecánica: complicaciones de la ventilación mecánica [CD-ROM]. 2ª ed. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2012.

## Capítulo 108

# CUIDADOS DEL ESTOMA TRAQUEAL POR LA ENFERMERÍA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

## 1 Introducción

La traqueostomía es un procedimiento médico crucial que se realiza en pacientes que enfrentan desafíos respiratorios significativos, como obstrucciones de las vías respiratorias superiores, problemas neuromusculares o daño traumático en el área de la tráquea. Esta intervención quirúrgica implica la creación de una abertura artificial en la tráquea, conocida como estoma traqueal, que proporciona una vía de acceso directa al sistema respiratorio. Aunque la traqueostomía es esencial para garantizar una adecuada oxigenación y ventilación, también introduce nuevos desafíos en la atención de estos pacientes, ya que requieren un cuidado especializado y continuo para mantener la permeabilidad de la vía aérea, prevenir infecciones y optimizar su calidad de vida.

En este contexto, la enfermería se convierte en un pilar fundamental en la atención integral de los pacientes traqueostomizados. Además, La labor de los profesionales de enfermería abarca una amplia gama de responsabilidades que van más allá de la simple administración de cuidados básicos. Se trata de un enfoque multidisciplinario que incluye la evaluación constante de la vía aérea, la monitorización de la función respiratoria, la gestión de la higiene y el cuidado del estoma traqueal, así como la atención a las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes y sus familias.

## 2 Objetivos

Proporcionar una comprensión básica de lo que implica la traqueostomía y por qué es un procedimiento médico importante.

## 3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una búsqueda en diferentes libros, así como se han consultado artículos en distintas bases de datos como Scielo y Pudmed. Tanto de enfermería como artículos relacionados con fisioterapia.
También se ha realizado búsqueda en Google Académico.

## 4 Resultados

El cuidado del estoma traqueal en pacientes traqueostomizados es una parte importante de la atención de enfermería. A continuación, te proporciono una serie de pasos y consideraciones que los enfermeros deben tener en cuenta al brindar cuidados a pacientes con traqueostomía:

1. **Higiene de manos**: Antes de realizar cualquier procedimiento, es esencial que el enfermero se lave las manos de manera adecuada para prevenir la propagación de infecciones.

2. **Evaluación continua**: Se debe realizar una evaluación constante del estoma traqueal y el área circundante para detectar signos de infección, irritación o problemas con la cicatrización.

3. **Limpieza del estoma**: La limpieza del estoma se realiza regularmente utilizando una solución salina estéril y gasas estériles. Se debe eliminar suavemente

cualquier secreción o acumulación de moco.

4. **Cambios de apósito**: Si se utiliza un apósito alrededor del estoma, este debe cambiarse según las indicaciones del médico y siguiendo las técnicas asépticas adecuadas.

5. **Cambio del cánula**: Dependiendo del tipo de cánula de traqueostomía utilizada, esta debe ser cambiada según las recomendaciones médicas para prevenir obstrucciones o acumulación de secreciones.

6. **Succión de secreciones**: En algunos casos, puede ser necesario realizar la succión de secreciones del interior de la tráquea. Esto debe hacerse con mucho cuidado para evitar lesiones en las vías respiratorias.

7. **Hidratación y humidificación**: Mantener una adecuada humidificación del aire que llega a través de la traqueostomía es importante para prevenir la sequedad de las vías respiratorias. Esto se puede lograr utilizando un humidificador.

8. **Monitorización de signos vitales**: La enfermería debe estar atenta a los signos vitales del paciente, especialmente la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, para detectar posibles complicaciones respiratorias.

9. **Educación al paciente y familiares**: Es fundamental proporcionar información y capacitación al paciente y a sus familiares sobre el cuidado de la traqueostomía, signos de alerta y cómo actuar en situaciones de emergencia.

10. **Registro y documentación**: Todos los procedimientos y cambios en el estado del paciente deben ser registrados de manera precisa en la historia clínica.

Es importante destacar que el cuidado de una traqueostomía debe realizarse por personal de enfermería capacitado y bajo la supervisión del equipo médico. Cada paciente puede tener necesidades específicas, por lo que es fundamental seguir las indicaciones médicas y adaptar el cuidado en consecuencia. Siempre es importante seguir las pautas y recomendaciones específicas proporcionadas por el equipo médico y mantener una comunicación abierta con ellos para garantizar la atención adecuada del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado del estoma traqueal en pacientes traqueostomizados es una parte esencial de la atención de enfermería que requiere una combinación

de habilidades técnicas, conocimiento clínico y empatía hacia el paciente. Estos pacientes a menudo enfrentan desafíos significativos en su salud y calidad de vida, y un manejo cuidadoso del estoma traqueal puede marcar la diferencia en su recuperación y bienestar general.

La higiene y la esterilización son elementos cruciales en el cuidado de la traqueostomía, y se deben llevar a cabo con meticulosidad para prevenir infecciones y complicaciones. La observación constante del estoma y su entorno es fundamental para identificar cualquier signo de problemas, como infecciones, irritación o dificultades en la cicatrización. La educación del paciente y de sus familiares desempeña un papel crucial en el éxito del manejo a largo plazo de la traqueostomía, ya que les empodera para comprender y participar activamente en su atención.

Además de los aspectos técnicos, los enfermeros que cuidan a pacientes traqueostomizados deben ser sensibles a las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. La adaptación a una traqueostomía puede ser una experiencia emocionalmente desafiante, y el personal de enfermería debe brindar apoyo, comprensión y aliento para ayudar a los pacientes a afrontar estos cambios en su vida.

La monitorización constante de los signos vitales es esencial para evaluar la función respiratoria y detectar posibles complicaciones a tiempo. La hidratación y la humidificación adecuadas son fundamentales para prevenir la sequedad de las vías respiratorias y promover la comodidad del paciente.

Es importante enfatizar que el cuidado de la traqueostomía no es un enfoque único y universal, ya que las necesidades de cada paciente pueden variar. La individualización de la atención es esencial, y el personal de enfermería debe adaptar sus cuidados de acuerdo con las indicaciones médicas específicas y las características únicas de cada paciente.

En última instancia, el cuidado del estoma traqueal en pacientes traqueostomizados es una parte integral de la atención de enfermería en la que la seguridad del paciente, la comunicación efectiva y el enfoque centrado en el paciente son elementos clave para lograr resultados positivos. El trabajo diligente y compasivo de los enfermeros desempeña un papel crucial en la mejora de la calidad de vida y la recuperación de estos pacientes, lo que refleja la importancia de su labor en el ámbito de la salud.

# 6 Bibliografía

Martínez Hurtado E. Traqueotomía Percutánea en Reanimación (I). Historia, indicaciones y complicaciones. [Sede en Internet]. Anestesia.org; 2011 [citado 9 de Julio de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Eugenio_Martinez_Hurtado/publication/283351383_Traqueotomia_Percutanea_en_Reanimacion_I_Historia_indicaciones_complicaciones/links/563cf16b08ae34e98c4accae/Traqueotomia-Percutanea-en-Reanimacion-I-Historia-indicaciones-complicaciones.pdf

A.G. Badillo Melgar, M.R. Jimeno Galván, E. Vázquez Gandullo, A. García Hidalgo. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados. En: Soto Campos JG. editor. MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA EN NEUMOLOGÍA. 3º edición. Neumosur. 2016.p.293-299

Añón JM, Araujo JB, Escuela MP, González-Higueras E; Grupo de Trabajo de Insuficiencia Respiratoria Aguda de la SEMICYUC. Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado [Percutaneous tracheostomy in the ventilated patient]. Med Intensiva. 2014 Apr;38(3):181-93. Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2012.11.012. Epub 2013 Jan 21. PMID: 23347906.

## Capítulo 109

# CUIDADOS Y PREVENCIÓN EN ENFERMERÍA DE LA MUCOSITIS QUIMIOINDUCIDA

NOELIA ALVARRUIZ GARCÍA

ESTER DEL MAZO GARCÍA

LAURA MUÑOZ SORIA

ANA ISABEL GARCIA SANCHO

JENNIFER LOPEZ SANCHEZ

## 1 Introducción

La mucositis quimio-inducida es una complicación frecuente y debilitante que afecta a una gran cantidad de pacientes que se someten a tratamientos de quimioterapia. Este trastorno inflamatorio de las mucosas bucales y gastrointestinales puede causar síntomas dolorosos y graves, como irritación, enrojecimiento, úlceras y dificultades para tragar. La mucositis puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, además de interrumpir su tratamiento oncológico, ya que las lesiones en la mucosa pueden llevar a retrasos en la administración de la quimioterapia, cambios en las dosis o incluso la suspensión temporal del tratamiento, lo que puede comprometer la efectividad del mismo.

En este contexto, los profesionales de enfermería juegan un papel esencial en el manejo de la mucositis quimio-inducida, ya que están en una posición única para

proporcionar cuidados especializados que alivian el sufrimiento de los pacientes y ayudan a minimizar los efectos adversos de esta afección. La prevención y el tratamiento adecuados de la mucositis no solo mejoran la comodidad del paciente, sino que también pueden contribuir a una experiencia de tratamiento oncológico más efectiva y tolerable, permitiendo que los pacientes continúen recibiendo la terapia necesaria para combatir su enfermedad.

En esta revisión, exploraremos en detalle las estrategias de cuidados y prevención en enfermería dirigidas a abordar la mucositis quimio-inducida. Analizaremos las intervenciones y enfoques actuales que los profesionales de enfermería pueden emplear para mitigar los efectos de la mucositis, desde la educación y el apoyo al paciente hasta la administración de tratamientos específicos. Además, destacaremos la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el manejo de la mucositis, ya que involucra a oncólogos, odontólogos, dietistas y otros profesionales de la salud en un esfuerzo conjunto para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes afectados por esta complicación.

## 2 Objetivos

-Proporcionar una comprensión completa y sólida de la mucositis quimio-inducida, incluyendo sus causas, síntomas, consecuencias y factores de riesgo.
-Fomentar la concienciación sobre la mucositis quimio-inducida y su impacto en los pacientes que reciben quimioterapia.

## 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 en bases de datos como Pubmed o Google Scholar, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

La mucositis quimio-inducida es una afección que afecta a muchas personas que reciben tratamientos de quimioterapia. Aquí te proporciono algunos cuidados y medidas de prevención que pueden ayudar a aliviar los síntomas y reducir el riesgo de desarrollar mucositis:

1. Educación del paciente: Proporciona información detallada al paciente sobre los posibles efectos secundarios de la quimioterapia, incluyendo la mucositis. Esto ayuda a preparar al paciente y fomenta la participación activa en su cuidado.

2. Hidratación oral: Anima al paciente a beber líquidos con regularidad para mantener la hidratación. Pueden ser útiles los enjuagues bucales con soluciones salinas o bicarbonato de sodio para aliviar la sequedad bucal.

3. Alimentación: Recomienda una dieta blanda o líquida si el paciente tiene dificultades para tragar. Evita alimentos picantes, ácidos o muy calientes.

4. Cepillado dental: Instruye al paciente para que cepille sus dientes con un cepillo de cerdas suaves después de cada comida y antes de acostarse. Utiliza una pasta dental suave y evita el uso de enjuagues bucales con alcohol.

5. Enjuagues bucales: Sugiere el uso de enjuagues bucales específicos para la mucositis, como aquellos que contienen clorhexidina o bicarbonato de sodio. Estos enjuagues pueden ayudar a mantener la higiene bucal y aliviar el dolor.

6. Evitar irritantes: Aconseja al paciente que evite el alcohol, el tabaco y los alimentos y bebidas extremadamente calientes o frías, ya que pueden empeorar la mucositis.

7. Control del dolor: Proporciona medicamentos para aliviar el dolor y la incomodidad según las indicaciones del médico. Esto puede incluir analgésicos o enjuagues bucales con anestésicos locales.

8. Seguimiento: Realiza un seguimiento regular con el paciente para evaluar la progresión de la mucositis y ajustar el plan de cuidados según sea necesario.

9. Prevención: Algunos estudios sugieren que ciertos agentes, como el palifermin, pueden ayudar a prevenir la mucositis en algunos pacientes. Consulta con el equipo médico si esto es apropiado en el caso del paciente.

10. Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional al paciente, ya que la mucositis y otros efectos secundarios de la quimioterapia pueden ser emocionalmente abrumadores. Refiere al paciente a un consejero o psicólogo si es necesario.

## 5 Discusión-Conclusión

Por supuesto, aquí tienes una conclusión más extensa sobre el tema de los cuidados y la prevención de la mucositis quimio-inducida en enfermería:

En resumen, la mucositis quimio-inducida es una complicación común y a menudo debilitante que puede surgir como resultado de la terapia de quimioterapia en pacientes oncológicos. Los enfermeros y otros profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en el cuidado y la prevención de esta afección. La educación del paciente se erige como la piedra angular de cualquier estrategia de prevención y manejo exitosa. Informar a los pacientes sobre los posibles efectos secundarios de la quimioterapia, incluyendo la mucositis, les permite estar preparados para enfrentarla y fomenta su participación activa en su propio cuidado.

La hidratación oral y la atención a la dieta son componentes clave del manejo de la mucositis. Animar a los pacientes a mantenerse hidratados y a seguir una dieta blanda o líquida puede aliviar la sequedad bucal y reducir la irritación de las mucosas. Además, el cuidado bucal adecuado, que incluye el cepillado dental regular con un cepillo de cerdas suaves y el uso de enjuagues bucales específicos, puede ayudar a mantener la higiene bucal y aliviar el dolor.

La prevención de la mucositis a menudo implica evitar irritantes como el alcohol y el tabaco, así como alimentos y bebidas extremadamente calientes o frías que pueden empeorar la afección. Los medicamentos para el control del dolor pueden ser necesarios y deben administrarse según las indicaciones médicas.

El seguimiento regular con el paciente es esencial para evaluar la progresión de la mucositis y ajustar el plan de cuidados según sea necesario. Además, algunos pacientes pueden beneficiarse de enfoques preventivos adicionales, como el uso de agentes específicos como el palifermin. Consultar con el equipo médico es crucial para determinar si estos tratamientos son apropiados en casos individuales.

Por último, pero no menos importante, es el aspecto emocional del cuidado de pacientes con mucositis. La mucositis y otros efectos secundarios de la quimioterapia pueden ser emocionalmente abrumadores para los pacientes. Los enfermeros y el equipo de atención médica deben brindar apoyo emocional y, cuando sea necesario, derivar a los pacientes a consejeros o psicólogos para ayudarles a enfrentar los desafíos emocionales asociados con la enfermedad y su tratamiento.

En conjunto, los cuidados y la prevención de la mucositis quimio-inducida en en-

fermería requieren un enfoque integral que abarque desde la educación y la atención básica hasta la consideración de tratamientos específicos y el apoyo emocional. Esta atención integral no solo alivia el sufrimiento de los pacientes, sino que también puede contribuir a mejorar su calidad de vida durante un período de tratamiento que puede ser extremadamente desafiante.

## 6 Bibliografía

”Enfermería oncológica” de Martha A. Matocha y Susan Newton.
- ”Manual de cuidados en enfermería oncológica” de Carmen Martínez Cabrera.
- ”Enfermería oncológica: Cuidados básicos y clínicos en el paciente con cáncer” de Laura de la Morena Martín y Rosa María Velasco Ortega.

## Capítulo 110

# CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASISTENCIA VENTRICULAR EXTERNA

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

ANA PÉREZ PLAZA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

En los pacientes pediátricos que padecen insuficiencia cardíaca, encontramos una incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado para cubrir los requerimientos metabólicos del cuerpo. Podemos distinguir insuficiencia cardíaca aguda o crónica. Cuando encontramos un deterioro severo de la función cardíaca refractario al tratamiento médico, la opción terapéutica de elección son los dispositivos de asistencia ventricular externa. La incidencia de las cardiopatías en pacientes pediátricos es de 8 por cada 1000 recién nacidos vivos. El objetivo de los dispositivos de asistencia ventricular (AV) externa es suplir la función del corazón cuando éste no puede llevarla a cabo. Se utilizan como puente para lograr la supervivencia en el paciente pediátrico, ya sea a la espera de la recuperación completa del corazón o del trasplante cardiaco.

La asistencia ventricular externa comúnmente se utiliza en los siguientes casos:
• En el síndrome postcardiotomía: aquellos pacientes en los cuales no se puede cesar la circulación extracorpórea tras la cirugía cardiaca. La asistencia ventricular externa permite recuperar adecuadamente la función miocárdica.
• Puente al trasplante cardíaco: Es el caso de los pacientes con cardiopatía en estado terminal, a la espera de un trasplante.
• Puente a la recuperación miocárdica: En aquellos pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico.
• Postrasplante cardiaco: Se utiliza la asistencia ventricular externa en aquellos pacientes que presentan fallo del órgano trasplantado (por rechazo agudo o por resistencias pulmonares elevadas).
Se elige el modelo de asistencia ventricular en función de una serie de cuestiones:
• El objetivo que queramos conseguir: como puente a la recuperación, al trasplante o como terapia de destino.
• El tiempo que estimamos que va a necesitar la AV: si es menor de 14 días, elegiremos un dispositivo de corta duración (ECMO), y si es mayor, elegiremos un dispositivo de larga duración (Berlin Heart).
• Asistencia de un ventrículo o los dos.
• Abanico disponible de dispositivos de AV con los cuales el equipo sanitario esté entrenado y disponga de experiencia.

## 2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería adecuados y especializados al paciente pediátrico con insuficiencia cardíaca.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Los dos principales dispositivos de AV son dos: el ECMO y el Berlin Heart (BH).

El ECMO es el dispositivo más utilizado como AV de corta duración y socia AV y oxigenación. Se utiliza principalmente en pacientes con fallo cardiaco biventricular. Los pacientes con este tipo de AV deben permanecer sedados y conectados a ventilación mecánica y requiere de mayor anticoagulación que el BH. Se utiliza como puente a la recuperación, a la decisión de incluir al paciente en lista de trasplante o a la implantación de un AV de larga duración. Su implantación será, habitualmente, urgente. Su duración máxima es de 14 días, ya que prolongado esto se observa un aumento exponencial de las complicaciones asociadas.

El dispositivo de AV de larga duración más utilizado en niños es el Berlin Heart. Puede dar asistencia a un ventrículo o a los dos y rara vez se utiliza junto con un oxigenador. Se suele utilizar como terapia puente al trasplante y, excepcionalmente, como terapia de destino (en pacientes pediátricos mayores). Este dispositivo de AV permite disminuir los inotrópicos, retirar la ventilación mecánica y comenzar la tolerancia oral y la movilización progresivamente. Su tasa de éxito al año es superior al 75%.

Las principales complicaciones que podemos encontrar son las derivadas de la anticoagulación que requiere la AV (ictus isquémico y hemorrágico), además de infecciones, disfunción hepática, pancreatitis, insuficiencia aórtica y sangrado digestivo. Las contraindicaciones para implantar una AV de larga duración son: fallo multiorgánico, alteración neurológica o cromosomopatía de mal pronóstico, infección activa y prematuridad o bajo peso extremo.2

Nuestro objetivo primordial ha de ser ofrecer unos cuidados de enfermería adecuados y especializados al tipo de paciente que tenemos, monitorización de variables fisiológicas y detectar las alteraciones que se den lo más rápidamente posible.

Los cuidados que debemos tener en estos pacientes son los siguientes:

• Respiratorio: Importante valorar la respiración, para detectar si presenta dificultad respiratoria, tiraje o polipnea y la saturación de oxígeno continuamente. Los pacientes con AV de corta duración (ECMO) precisarán de ventilación mecánica (VM). En pacientes con VM, se deberán reducir las aspiraciones por el tubo endotraqueal por el riesgo de sangrado y vigilar la adaptación del paciente al respirador.

• Cardiovascular: Monitorización de ECG, TA, FC continuamente. Debido al tratamiento de anticoagulación que deben mantener estos pacientes, es muy importante vigilar los posibles signos de sangrado que pueda presentar. Debemos cuidar la colocación y correcta fijación de las cánulas de AV. También es importante que vigilemos los signos que nos pueden alertar de que el paciente tiene bajo gasto cardiaco (frialdad cutánea, cianosis en extremidades, oliguria, relleno

capilar lento). Con respecto a la AV, vigilaremos los parámetros de la bomba y el circuito extracorpóreo (presencia de aire o coágulos).
• Renal: monitorización continua horaria de la diuresis. En ocasiones, estos pacientes requieren de técnicas de depuración (hemofiltración o diálisis) por presentar insuficiencia renal.
• Neurológico: Es importante realizar valoraciones neurológicas frecuentemente (debido al riesgo de sangrado a nivel cerebral). Como hemos dicho, los pacientes con ECMO están sedoanalgesiados y conectados a ventilación mecánica. En estos pacientes vigilaremos la respuesta pupilar.
• Gastrointestinal: Estos pacientes suelen tener una sonda nasogástrica, por lo que debemos vigilar la tolerancia a la nutrición enteral. En pacientes con AV de larga duración (BH) se podrá comenzar la tolerancia oral.
• Metabólico: Realizaremos controles analíticos periódicos, sobre todo controles de coagulación para ajustar la dosis de anticoagulación.3

## 5 Discusión-Conclusión

En los últimos años cada vez es más frecuente el uso de la asistencia ventricular externa, de corta o larga duración, en la población pediátrica. Esto conlleva una mejora de la supervivencia de aquellos pacientes pediátricos con cardiopatía, consiguiendo la recuperación cardíaca completa o que se mantengan en buen estado hasta que se les realice el trasplante de corazón.
La implantación de un dispositivo de soporte ventricular muchas veces es la única alternativa terapéutica en estos pacientes. Encontramos que hay muchos dispositivos diseñados para ser utilizados en pacientes adultos, pero muy pocos para pacientes pediátricos.
La AV es fundamental en pacientes que sufren insuficiencia y fallo cardíaco y que no responden al tratamiento convencional. Utilizando la AV por equipos multidisciplinares entrenados en ello y realizando por parte de enfermería unos cuidados de calidad, adecuados al paciente pediátrico con problemas cardíacos, logramos disminuir la mortalidad y mejorar la supervivencia de estos pacientes.

## 6 Bibliografía

1. López FL. Mechanical ventricular support in the pediatric patient. Rev Mex Enf Cardiol. 2013;21(1):30-34.
2. Polo L, Sánchez R, Aroca A. Asistencia mecánica circulatoria en el paciente pediátrico. Cirugía Cardiovascular. 2016;23(1):55–61.

3. Sánchez CN, Gutiérrez DV, Martínez DBB. Cuidados de enfermería al paciente pediátrico postoperado de corazón. Rev Mex Enf Cardiol. 2007;15(2):47-53.

## Capítulo 111

# ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES EN SALUD MENTAL POR DEPRESIÓN POSTPARTO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

JULIA NAVALON TARRAGA

ALBORADA TORRES MONTERO

## 1 Introducción

La Depresión Postparto (DPP) es un trastorno del ánimo que puede desarrollar la mujer durante el puerperio. Esto es debido a que el nacimiento de un nuevo miembro de la familia lleva consigo múltiples cambios en la vida de todos sus componentes.
La DPP no se debe confundir con la tristeza postparto o ”baby blues”, trastorno anímico más frecuente en mujeres que acaban de dar a luz, el cual afecta a un porcentaje mucho más alto de mujeres (en torno al 30 - 75 % de las puérperas) y se caracteriza por una clínica leve que comprende labilidad emocional, trastornos del apetito o irritabilidad, empezando los primeros días después del nacimiento del bebé y no durando más de dos semanas. En cambio, la DPP afecta a un número más reducido de personas (10 - 15 % de las puérperas) y comprende los síntomas

de la tristeza postparto, pero además se suman sentimientos de culpabilidad, sensación de fracaso o trastornos cognitivos como déficits de memoria o de atención. Además, la DPP se alarga mucho más en el tiempo, empezando entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses, pudiendo prolongarse en el tiempo indefinidamente.
Para abordar con eficacia esta situación, los miembros de la familia, pero sobre todo la madre, deben desarrollar nuevas habilidades y roles para hacer frente a nuevas responsabilidades.

## 2 Objetivos

Descubrir e indicar qué intervenciones diagnósticas y terapéuticas puede llevar a cabo el personal de enfermería ante un caso de DPP.

## 3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha recurrido a la revisión bibliográfica de artículos en las bases de datos Google Académico y Dialnet, en las que se utilizaron los términos de referencia "depresión postparto", "puérpera", "tristeza postparto", "intervención" y "enfermería" así como los booleanos "AND" y "OR". Además, también se consultó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º edición (DSM 5).

## 4 Resultados

A la hora de diagnosticar una DPP es importante saber identificar los factores etiológicos que afectan al inicio de dicho trastorno. Entre estos factores destacarían: antecedentes personales y/o familiares de ansiedad y depresión, falta de apoyo social, eventos vitales traumáticos y/o estresantes, tipo de pareja y de relación (agudizándose si presencia de malos tratos) o estatus social y económico. Por tanto, la enfermera debe prestar atención a la historia clínica y a la situación actual de la paciente, y advertir la presencia de estos indicadores que podrían predecir una DPP. Se puede afirmar, por ende, que la DPP tiene un origen multifactorial.
El uso de manuales diagnósticos de referencia en psicopatología también puede ser de utilidad para señalar la presencia de una DPP. En concreto, el DSM 5 conceptualiza este trastorno bajo el nombre "Trastorno depresivo no especificado

con inicio en el periparto". Este manual ya apunta que la DPP podría iniciar antes del nacimiento del bebé, durante el embarazo, o en las semanas que siguen al alumbramiento.
Finalmente, también sería importante que la profesional sanitaria realizara una entrevista semiestructurada a la paciente donde se indague sobre las expectativas reales o irreales de la maternidad, si existen o no sentimientos de incapacidad, baja autoestima o falta de confianza en sí misma.
Como intervenciones de enfermería, los autores señalan una serie de recursos que puede ofrecer la profesional a la paciente y que servirían como mecanismos de protección frente a la DPP. Entre ellos, destacarían:
- Seguimiento telefónico.
- Visitas domiciliarias, si precisa.
- Educación para la salud.

Es precisamente este último punto, educación para la salud, el recurso primordial que debe explotar la enfermera para dar unas directrices útiles y para recomendar una serie de hábitos que la mujer podría instaurar en su día a día y que, del mismo modo que los recursos apenas mencionados, actuarían como mecanismos de protección frente a la DPP. Algunos consejos sanitarios de utilidad son:
- Realizar ejercicio físico.
- Llevar a cabo la lactancia materna.
- Procurar un buen descanso.
- Realizar el contacto piel con piel.
- Tomar la medicación prescrita.
- Recurrir a psicoterapia y a terapias de tercera generación como el Mindfulness.
- Recurrir a la red social y familiar.

De hecho, los autores destacan la importancia de la prevención y la educación sanitaria como las bases de una buena intervención enfermera en la DPP.

## 5 Discusión-Conclusión

La DPP es una de las complicaciones más comunes en el puerperio, que como se ha visto puede llegar a afectar hasta el 15 - 20 % de mujeres a nivel mundial, siendo más vulnerables las mujeres con un nivel socioeconómico medio - bajo.
Por ello, es importante una evaluación integral de los factores de riesgo y de la realización de un correcto diagnóstico diferencial, donde la psicoterapia se tome como pilar principal para todos los niveles de severidad.
Algunas recomendaciones que sería conveniente tener en cuenta para prevenir o minimizar las consecuencias de la Depresión Postparto son:

- Diagnóstico precoz.
- Examen psicológico en puérperas.
- Fomentar consulta postparto.

## 6 Bibliografía

1. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. Enferm. Cuid. 2022;5(3):19-29. https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670.
2. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia, 5 (2): 355 - 368.
3. Kennedy, H. P.; Beck, C. T.; Driscoll, J. W. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. Matronas Profesión, 4 (13): 4 -18.
4. Mora Delgado, M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII, (620): 511 – 514.
5. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA.

## Capítulo 112

# ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

JULIA NAVALON TARRAGA

ALBORADA TORRES MONTERO

## 1 Introducción

La intubación es el procedimiento de insertar un tubo a través de la boca en una emergencia. Este método se usa para asegurar una vía aérea y proporcionar oxígeno, medicamentos y anestesia; soporte respiratorio en algunas enfermedades como neumonía, insuficiencia cardiaca, enfisema…eliminar la obstrucción de las vías respiratorias; proteger los pulmones de, entre otras cosas, los peligros de aspiración. Entre los riesgos que pueden experimentar los pacientes con esta técnica se encuentran lesiones en las cuerdas vocales, laringe, tráquea, tiroides o esófago, sangrado, infección y perforación de los tejidos blandos del tórax, lo que provocaría un colapso pulmonar. El especialista que realiza este procedimiento es el médico, con el apoyo permanente de la enfermera. Los médicos deben conocer las técnicas y materiales que se emplean en ellos, contribuir a su

buen hacer para que el procedimiento se desarrolle sin controversias y complicaciones, y siempre ayudar y anticiparse a los acontecimientos para que el médico tenga oportunidad de actuar en esta difícil situación. y fatiga técnica, porque un segundo retraso puede tener consecuencias catastróficas para el paciente, incluso la muerte. Por esta razón, el equipo de las enfermeras deben tener los conocimientos necesarios para ayudar en la intubación siempre que sea posible.

## 2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados que debe brindar el enfermero durante la intubación y la importancia de su trabajo durante este procedimiento.

## 3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó un estudio que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizaron búsquedas sistemáticas de libros y revisiones de artículos en las principales bases de datos. Palabras clave utilizadas: enfermería, intubación, tiempo de retardo, técnica, procedimiento. Las publicaciones científicas revisadas por pares todavía se reflejan en la bibliografía.

## 4 Resultados

La intubación endotraqueal es el procedimiento de elección para aislar completamente la vía aérea con un tubo colocado en la tráquea para ventilar al paciente. Este procedimiento permite el uso de altas concentraciones de oxígeno, así como la aspiración traqueal y la administración de medicamentos. Entre los materiales que la enfermera debe preparar para este procedimiento están: tubos endotraqueales y orofaríngeos de varios tamaños, estetoscopio, fórceps de Magilla, guantes, lubricante, jeringa de 10 ml, cinta adhesiva, tijeras, máquina de succión, conservante semiduro, filtro antibacteriano, oxígeno fuente. , bolsas de ventilación con contenedores y máscaras de varios tamaños. El profesional de la salud siempre apoyará al profesional de la salud proporcionándole los suministros necesarios y ayudándolo con la intubación. La enfermera debe preparar la técnica estirando el paño estéril y colocando todos los materiales sobre él, comprobando todos los materiales, especialmente el correcto funcionamiento de la cámara de aire y el laringoscopio. Luego, el paciente debe colocarse en posición supina con el cuello exagerado para que el médico se acueste detrás de la cabeza y pueda realizar la

técnica correctamente. Los cuidados de enfermería deben asegurarse de que el paciente no tenga prótesis dental en la boca y, si es necesario, proceder a su extracción. Después de la intubación, la enfermera debe verificar la precisión de la auscultación epigástrica y de ambos campos pulmonares. Después de la intubación, la enfermera debe ventilar y proporcionar oxígeno al paciente con un catéter, una máscara y una bolsa de reanimación con un reservorio conectado a una fuente de oxígeno. Después de la intubación, las enfermeras deben tener especial cuidado para mejorar la comodidad del paciente y prevenir posibles complicaciones, de las cuales la principal complicación es la neumonía intrahospitalaria.

## 5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es la técnica que se emplea para introducir un tubo a través de la boca hasta llegar a la tráquea para poder ventilar al paciente, administrar medicación y salvaguardar la vía respiratoria.
La asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en este procediendo es fundamental para que la técnica se desarrolle en perfecto estado y se minimicen los posibles efectos adversos y contratiempos, además de colaborar en que el tiempo que se utilice sea el mínimo, puesto que la pérdida de minutos puede acarrear consecuencias muy negativas en el paciente, siendo la más grave de ellas la muerte.

## 6 Bibliografía

1. Artigas, M. O. (2012). La intubación endotraqueal. Medicina intensiva, 39, 1-8.
2. Canales Ramos, A. N. (2022). Conocimiento y prácticas del mantenimiento de la intubación endotraqueal en el personal de enfermería del área de unidad de cuidados intensivos de los hospitales de la Diresa Lima, 2022.
3. Moros, T. L., Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E., & Molero, R. I. (2021). Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación, 2(4), 46.
4. Olvera, S. I. N., Castro, J. A. P., Trujillo, J. A., Arreola, M. S., Reyes, O. A. O., & Gómez, J. M. (2015). Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Revista CONAMED, 20(S1), S7-S15

## Capítulo 113

# RELACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL FACULTATIVO MÉDICO

MARÍA DÍAZ REAL

CRISTIAN NIÑO GOMEZ

GLORIA LOPEZ GÓMEZ

JULIA NAVALON TARRAGA

ALBORADA TORRES MONTERO

## 1 Introducción

El apartado de introducción de este trabajo nos va a servir para poner de manifiesto que a lo largo de este estudio vamos a tratar la importancia que tiene el personal de enfermería respecto a la labor asignada acerca de ser una de las categorías profesionales que está en contacto directo con los médicos de los hospitales y que además en muchos de los momentos es este personal de enfermería en el que el médico se apoya para continuar con el desarrollo de sus funciones.
Vamos a visualizar en este estudio cómo es la labor de relación con el facultativo médico y los enfermeros y también qué funciones les delegan los médicos al personal de enfermería en relación con el seguimiento del paciente. Con todo ello veremos la importancia del personal de enfermería en los hospitales, así como qué funciones concretas realizan en relación a su protocolo de actuación y de

la necesidad del servicio que le haya asignado el facultativo médico en ese momento.
Vamos a mencionar una serie de tareas generales por parte de los enfermeros que nos van a servir a modo de ejemplo para exponer la relevancia de la relación entre personal de enfermería y las propias funciones de los médicos facultativos.

## 2 Objetivos

En este trabajo hemos recogido varios objetivos que hemos querido reflejar a continuación:
- Analizar determinados aspectos relacionados con algunas de las características que debe de presentar el personal de enfermería en relación con el facultativo médico.
- Valorar desde la perspectiva del trabajo en conjunto de estos dos profesionales sanitarios que funciones son relevantes para explicar la relación de los médicos con los enfermeros.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a exponer, por un lado, las relaciones que existen entre los médicos y los enfermeros en función de las propias necesidades del paciente. Visualizaremos también qué funciones concretas les van a delegar los facultativos médicos a los enfermeros para que estos últimos continúen con la labor de los médicos en cuanto al seguimiento de los pacientes, esto puede ser la atención general que necesitan los mismos. Relacionado con estas cuestiones que estamos mencionando debemos de poner de manifiesto que el personal médico debido a la labor fundamental que cumplen en los hospitales, necesita de otras categorías profesionales que les ayuden en sus tareas. El personal de enfermería es una categoría profesional que realiza uno de los apoyos más directos hacia

los médicos. Los médicos les delegan tareas como realizar el seguimiento del paciente, tanto en tratamientos médicos como en otras cuestiones que le sean necesarias para seguir valorando al paciente en las siguientes visitas. Esto ocurre porque el personal de enfermería es una de las categorías profesionales que se encuentra más en contacto directo con el paciente y durante más tiempo. El personal médico acudirá a visitar al paciente de manera periódica, normalmente suele ser una vez al día. Es por ello que los médicos necesitan que los enfermeros realicen un seguimiento constante, así como de supervisión. El personal de enfermería desempeña unas funciones importantes para los médicos. De las funciones concretas que realizan y que están en relación con los médicos, además del seguimiento a los pacientes es la de suministrarle el tratamiento que el médico le haya prescrito con los tiempos y pautas que haya determinado. Al igual que encargarse de que el paciente se realice las pruebas médicas pertinentes y que el médico ha marcado.

## 5 Discusión-Conclusión

Este apartado de discusión nos va a servir para exponer varias conclusiones siendo la primera que determinamos la relacionada con la importancia que tiene para el personal médico las labores que desempeñan los enfermeros, ya que los mismos en muchos casos continúan con la labor del personal facultativo. También llegamos a la conclusión de que las tareas concretas que hemos enumerado en este estudio nos hacen pensar que dichas funciones son imprescindibles que se lleven a cabo de manera correcta. Es por ello que el personal de enfermería necesita estar suficientemente bien informado en dichas cuestiones y tener una buena coordinación con los médicos. Es por tanto el personal de enfermería una categoría importante en relación con los médicos, ya que por el protocolo que tienen asignado, sus funciones se convierten en imprescindibles para el seguimiento del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Sara Darias Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria (Tomos 1 y 2). Paradigma 2019.

## Capítulo 114

# HIPOTERMIA Y PREMATURIDAD: RETOS E INCONVENIENTES

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

ANA PÉREZ PLAZA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

La encefalopatía hipóxico-isquémica es una importante causa de daño neurológico agudo en el recién nacido (RN). La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es una alteración que ocurre en el cerebro del neonato debido a un episodio de asfixia perinatal, es decir, una deprivación de oxígeno. Las manifestaciones que vamos a encontrar van a ser: dificultad respiratoria, alteración del tono muscular, alteración de los reflejos, del nivel de conciencia y convulsiones.
La EHI suele ocurrir tras un evento centinela que comprometa la perfusión tisular de oxígeno. Algunos de ellos suelen ser: prolapso de cordón, desprendimiento de placenta, rotura uterina, exanguinación fetal. Este evento centinela tiene lugar específicamente alrededor del nacimiento y se manifiesta en el recién nacido como hipoxemia, hipercapnia y acidosis por hipoperfusión tisular.
Encontramos que, según la Organización Mundial de la Salud, la asfixia perinatal representa aproximadamente ¼ de la mortalidad neonatal en el mundo.2 La

EHI presenta una incidencia en países desarrollados baja, aproximadamente 1-3 casos por cada 1000 recién nacidos vivos de > de 36 semanas de edad gestacional. A pesar de su baja incidencia, las consecuencias que acarrea en los pacientes pediátricos son muy importantes, tanto en morbilidad y mortalidad como en discapacidad neurológica a largo plazo.

## 2 Objetivos

- Conocer por qué se desencadena la encefalopatía hipóxico-isquémica y las consecuencias que conlleva.
- Conocer las fases fisiológicas de la lesión cerebral que se genera tras el evento hipóxico-isquémico.
- Conocer y aplicar la hipotermia terapéutica como tratamiento de elección.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Podemos observar una serie de fases fisiológicas de la lesión cerebral que se genera tras el evento hipóxico-isquémico.

• Fase I: Ocurre inmediatamente después del la asfixía perinatal. Hay una disminución del oxígeno en sangre, un aumento del dióxido de carbono y una bajada del pH. El organismo lo compensa aumentando la producción de bicarbonato, realizándose un metabolismo anaerobio, se produce vasoconstricción periférica y aumento de la tensión arterial para asegurar el flujo sanguíneo de los órganos diana (corazón, cerebro y glándulas suprarrenales). También se observa una disminución de la frecuencia cardíaca y los movimientos fetales para disminuir el consumo de energía. Esta fase también se conoce como fase latente o periodo ventana.

• Fase II: Continúa disminuyendo el oxígeno en sangre, aumentando el dióxido de carbono y se agrava la acidosis. Comienzan a reducirse las reservas de glucosa.

También observamos una caída de la TA fetal, inicio de edema cerebral y lesión en el corazón. Continúa bajando la frecuencia cardíaca.
• Fase III: Se produce un agotamiento de las reservas de glucosa. Se agrava la acidosis, aparece hipoxia, apnea e hipercapnia, por lo que se produce gasping como acto reflejo. Debido a todo esto, se produce fallo miocárdico, encefalopatía hipóxico-isquémica, fallo multiorgánico.
En función del la sintomatología que encontremos en el recién nacido (nivel de conciencia, tono muscular, reflejos, convulsiones principalmente) en el momento del nacimiento podremos clasificar el grado de EHI que presenta, pudiendo ser leve, moderada o grave.
Actualmente, el tratamiento de elección que se aplica en la EHI es la hipotermia terapéutica debido a su capacidad neuroprotectora. Este tratamiento se puede aplicar de dos formas: de forma pasiva (retirando fuentes de calor, aplicando paños fríos, ventiladores) y la hipotermia activa, con equipos de enfriamiento. Habitualmente se utilizan equipos de hipotermia corporal total o equipos de hipotermia cerebral selectiva. El objetivo de este tratamiento es iniciar el enfriamiento del RN antes de las primeras 6h de vida, alcanzar una temperatura diana de 33-34ºC y mantener esta temperatura durante 72 horas.
Se ha demostrado se obtiene una máxima eficacia en la hipotermia terapéutica (HT) cuanto antes se inicie tras el nacimiento, en las primeras 6 horas de vida. Esto conlleva la urgencia de establecer rápidamente la sospecha de EHI y establecer cuanto antes el protocolo de HT.
Encontramos que en algunos grupos de RN, como en los RN prematuros (edad gestacional < 35 semanas), la eficacia de la HT no tiene evidencia científica. En la práctica clínica, la consideración de incluirlos en el programa de HT se realiza de forma individualizada, con el consentimiento informado de los padres.

## 5 Discusión-Conclusión

La hipotermia terapéutica se ha establecido como el tratamiento de elección en los RN con una edad gestacional igual o mayor a 35 semanas. Se ha demostrado su eficacia y seguridad en la reducción de mortalidad, morbilidad y secuelas en los supervivientes versus los riesgos clínicos que acarrea. La HT no es inocua, conlleva unos riesgos para el RN. Se ha demostrado que para los RN a término los beneficios superan con creces los riesgos, pero en los RN prematuros, no ocurre de igual manera.
Al producirse una vasoconstricción sistémica, aumenta la tensión arterial pulmonar, por lo que hay riesgo de sufrir una hipertensión pulmonar. También se ob-

serva mayor riesgo de sangrado por coagulopatía y trombocitopenia, derivada de la hipotermia. Otro inconveniente que observamos es la inmadurez de la termorregulación en prematuros. Esto les predispone a un mayor riesgo de sufrir estrés durante la aplicación de la HT y, por lo tanto, un mayor uso de fármacos sedantes y anestésicos para intentar que tolerasen el enfriamiento. También encontramos más complicaciones y efectos secundarios, por ejemplo, hiperglucemia o mayor riesgo de lesiones cutáneas por frío debido a la inmadurez del estrato córneo.
También se debe tener en cuenta que los prematuros presentan inmadurez del tejido cerebral. Esto conlleva una menor capacidad neuroprotectora después del evento hipóxico-isquémico, que derivaría en mayor grado de lesiones neurológicas.
A pesar de todos los inconvenientes expuestos anteriormente, en la práctica clínica, la decisión de aplicar la HT en un RN prematuro en cuestión debe ser valorada y considerada de manera individualizada, siempre valorando los posibles beneficios versus los riesgos que ello conllevaría al RN.

## 6 Bibliografía

1. Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M et al. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. An Pediatr. 2011; 75(5): 341 e.1-341 e.20
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Perinatal en el Recién Nacido. Guía de Práctica Clínica sobre Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Perinatal en el Recién Nacido. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agència de Qualitat i Avaluació sanitàries de Catalunya (AQuAS); 2015. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
3. García-Alix A, Alarcón Allen A. Hipotermia terapéutica en el recién nacido a término o casi término con encefalopatía hipóxico-isquémica. An Pediatr. 2013;11(4):212-217.

## Capítulo 115

# INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA.

NOELIA VALVERDE BAEZA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

EMMA MARTÍN MAÑAS

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

ADELA CUENCA ARANDA

## 1 Introducción

La intoxicación se define, según Rodríguez Rubio (2018) como el conjunto de signos y síntomas que pueden ser observados en una persona cuando un tóxico entra en el organismo, tras una exposición previa al mismo. Asimismo, un tóxico se puede definir como una sustancia química bien de origen natural o artificial, la cual puede generar un daño al organismo, incluso generar la muerte a la persona.

Con respecto a su etiología, la intoxicación medicamentosa aguda (IMA) se observa como una exposición a una sobredosis de forma intencional o no de un determinado fármaco, en su mayoría analgésicos, antidepresivos y opioides.

Según Arias Villalobos et al., (2021) la forma intencional es la más frecuente de sobredosis, donde la persona bajo propia voluntad ingiere fármacos con fines autolíticos, en especial jóvenes y adultos con síndromes depresivos. En el caso de la

forma no intencional o accidental, la persona no actúa bajo propia voluntad. Suelen ser casos en los que se producen errores por desconocimiento o interpretación errónea de las dosis farmacológicas, confusión de fármacos o niños que ingieren estas sustancias sin supervisión, generalmente.

Los fármacos más comunes que provocan IMA son: benzodiacepinas, opiáceos, antidepresivos tricíclicos, paracetamol, cocaína, ácido acetilsalicílico, metanfetaminas y alucinantes.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer una intoxicación medicamentosa aguda.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos artículos relacionados con IMA en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y ScienceDirect. Se han seleccionado artículos comprendidos entre el año 2019 y 2023, con excepción de dos artículos publicados en el año 2013 y 2018 respectivamente, los cuales son considerados importantes para el desarrollo del capítulo.

## 4 Resultados

En el caso de las IMA el tratamiento consta de 4 principios: Evitar la absorción del fármaco a través del lavado gástrico y el carbón activado; Favorecer la adsorción del fármaco con carbón activado; Favorecer la eliminación del tóxico, bien alcalinizando la orina o forzando la diuresis y antagonizar el tóxico con antídotos.

El lavado gástrico se realiza en aquellos pacientes que no presentan una pérdida de la conciencia, realizándose a través de una sonda nasográstrica gruesa que se denomina Faucher. Se realizan lavados con suero fisiológico de hasta 10/15 ml/kg, realizando una aspiración posterior de todo el contenido introducido con una jeringa de 50cc, siempre colocando al paciente en decúbito lateral izquierdo. Con esta técnica no se asegura eliminar la totalidad de los fármacos ingeridos, por lo que se recomienda administrar carbón activado posteriormente. Se recomienda realizar esta técnica 1 hora post ingesta como máximo, incluyendo 4 horas como

máximo en fármacos que ralentizan el vaciamiento gástrico, como en el caso de la aspirina. Está contraindicado en pacientes con alteración de la consciencia, vías respiratorias no protegidas, ingestión de líquidos corrosivos e hidrocarburos.

Con la administración de carbón activado se limita la absorción de diversos fármacos en el intestino, pudiendo realizarse solo esta técnica o en combinación con el lavado gástrico. Se administra 1-2 g/kg diluidos en 100-200 ml de agua o suero fisiológico al 5%, a ser posible en una sola dosis. Se puede administrar por vía oral o por sonda nasográstrica, dependiendo de la colaboración del paciente. Se considera efectivo realizar su administración en la primera hora post ingesta y está contraindicado en la ingestión de sustancias cáusticas, metales e hidrocarburos ¡

La emesis no está recomendada de forma general, ya que no hay evidencia de su utilidad y efectividad, pero se encuentra totalmente contraindicada en casos de ingestión de sustancias cáusticas, metales e hidrocarburos.

Según la Guía de antídotos para los centros hospitalarios de Cataluña (2022), existen fármacos usados en las IMA que presentan su propio antagonista facilitando el tratamiento. Algunos fármacos y sus antídotos son:
- Benzodiacepinas: antídoto (Flumazenilo) que se administra por vía intravenosa.
- Opiáceos: antídoto (naloxona) que se administra por vía intravenosa, subcutánea, intramuscular y en casos excepcionales por vía nasal y endotraqueal.
- Antidepresivos tricíclicos: antídoto (lactato sódico o bicarbonato sódico 1/6 molar) que se administra por vía intravenosa.
- Ácido acetilsalicílico: antídoto (bicarbonato sódico + potasio) que se administra por vía intravenosa.
- Paracetamol: antídoto (N-acetilcisteína) que se administra por vía intravenosa.

En el caso de la cocaína y la ketamina (alucinante) no existe un antídoto específico, el tratamiento se basa en tratar los signos y síntomas de esa sobredosis. Las metanfetaminas tampoco presentan un antídoto específico, por lo que el tratamiento también se basa en controlar signos y síntomas con ayuda de benzodiacepinas. Por último, en el caso de la intoxicación por hongos alucinantes, el antídoto de elección es la fisostigmina, se administra por vía intravenosa e intramuscular sin diluir,

Por último, enfermería tiene un papel muy importante en la prevención de las IMA, gracias a su labor a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, trabajando en las políticas de asistencia de salud, promoviendo entornos seguros, participando en la investigación y la docencia sobre este tema.

## 5 Discusión-Conclusión

- En primer lugar, la cuando nos encontramos con un paciente con IMA, debemos realizar 3 pasos: Medidas de emergencias, las cuales detectaremos gracias a la valoración inicial (ABCDE); Valoración general, con anamnesis más exploración física y en tercer lugar administración del tratamiento farmacológico explicado anteriormente junto con las medidas físicas.
- En segundo lugar, no todos los fármacos o tóxicos presentan propios antagonistas, por lo que es importante conocer otras medidas y fármacos que ayuden a controlar los signos y síntomas que pueda presentar el paciente.
- Para finalizar, enfermería constituye un pilar fundamental en los episodios de IMA, gracias a su involucración en la prevención, promoción y actuación cuando se desarrollan estos casos.

## 6 Bibliografía


- Arias Villalobos, L. F., Peláez Echavarría, D., Méndez Solís, G., Arias Villalobos, L. F., Peláez Echavarría, D., & Méndez Solís, G. (2021). Manejo agudo de la intoxicación medicamentosa. Medicina Legal de Costa Rica, 38(1), 101-118.
- Burillo-Putze, G., López Briz, E., Climent Díaz, B., Munné Mas, P., Nogue Xarau, S., Pinillos, M. A., & Hoffman, R. S. (2013). Drogas emergentes (III): Plantas y hongos alucinógenos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 36(3), 505-518.
- Gimeno, J. G., González, S. M., Sanz, A. G., Pueyo, M. P., Moreno, L. S., & Tornos, P. S. (2022). Lavado gástrico. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación, 3(6), 67.
- Guía de antídotos para los centros hospitalarios de Cataluña. (2022). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Rodríguez Rubio, A. (2018). Manejo de las intoxicaciones agudas. Manejo de las intoxicaciones agudas, 80(80), 1-80.
- Yaisemys, B. R., & Jurek, G. F. (2021, junio 17). Atención de enfermería al paciente intoxicado agudo, un reto para los profesionales de enfermería. I Jornada Científica de Farmacología y Salud. Fármaco Salud Artemisa 2021.

## Capítulo 116

# EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO DE SUICIDIO

NOELIA VALVERDE BAEZA

NATALIA ISABEL GALLARÍN VALVERDE

MARIA MANZANEQUE CAÑADILLAS

EMMA MARTÍN MAÑAS

ADELA CUENCA ARANDA

## 1 Introducción

La salud mental desempeña un papel importante en la sociedad, ya que esta permite conocer cómo una persona piensa, siente y actúa con base en los diferentes escenarios ocurridos en su vida diaria. Además, hace referencia a cómo se ve a sí misma la persona, su vida y sus relaciones personales, incluyendo la forma en la que afronta los cambios y/o problemas. La investigación sobre el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es importante dentro de esta área, debido al aumento de los casos con un diagnóstico claro en todo el mundo durante los últimos años y el gran impacto que tiene en la salud de la población (Barceló-Soler et al., 2019).

En España, la prevalencia se sitúa, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), en el año 2020, cuando se realizó la última encuesta nacional, en un 5,4%,

situándose los casos graves en un 0,58%. La prevalencia en mujeres es muy superior a la de hombres, siendo del 7,1% en las primeras y de un 3,5% en estos últimos. A partir de los 85 años, la prevalencia en hombres asciende hasta un 16%. Estar incapacitado para trabajar de forma permanente o en ausencia de actividad laboral de forma temporal, constituye un factor de riesgo relacionado con el aumento de casos en el país. Una de las Comunidades Autónomas con mayor incidencia es Castilla y León, con un 10%, siendo Ceuta y Melilla las Ciudades Autónomas con menor incidencia (< 2,5%).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) el TDM se define como "el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer". En cuanto a la etiología de este trastorno, se puede destacar la forma en la que la persona responde frente al estrés, siendo, en este caso, una respuesta no adaptativa. También se observan las percepciones negativas que presenta ante determinadas situaciones. Ambas son consideradas causas cognitivas para el desarrollo del Trastorno Depresivo
Mayor. Entre los eventos que pueden considerarse estresantes, destacan los siguientes, cualquier cambio en la vida de una persona, tal como la muerte de un ser querido, dificultades económicas, cambio de domicilio o trabajo y algunas enfermedades crónicas o incapacitantes, pudiendo cronificar el TDM en un futuro o bien cursar de forma paralela con otro trastorno. (Gómez Maquet et al., 2020).

Por otro lado, es importante destacar la relación directa que mantiene el TDM y el riesgo de suicidio. Según APA (2014), es frecuente que los pacientes con este trastorno presenten pensamientos suicidas o incluso lleven a cabo intentos de suicidio. Pueden mostrar pensamientos negativos frente a la vida, incluyendo ideas continuas sobre el suicidio, y en algunos casos establecen un plan premeditado para llevarlo a cabo.

Según Blanco (2020) el número de muertes por suicidio en España se encuentra por debajo de la media de otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). A pesar de ello, no debe de subestimarse esta cifra, ya que también existen numerosos casos no son contabilizados de forma oficial. La media de edad dónde más casos de suicidio se consuman es entre los 40 y 60 años.

## 2 Objetivos

- Describir el trastorno depresivo mayor.
- Exponer el tratamiento farmacológico del trastorno depresivo mayor en pacientes adultos.
- Mencionar el porcentaje de casos de suicidio consumado como consecuencia del trastorno depresivo mayor.

## 3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet, Redalyc y ScienceDirect haciendo uso del buscador: Google Académico. Utilizando los siguientes descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs): trastorno depresivo mayor; Suicidio; Hormonas tiroideas; Tratamiento farmacológico; Escalas de valoración psiquiátrica.

## 4 Resultados

Cuando se habla del tratamiento del TDM, se hace referencia a un amplio abanico de opciones terapéuticas, ya que puede ser tratado desde la esfera farmacológica hasta la no farmacológica, con el uso de psicoterapias, bien de forma individual o grupal y con la fomentación del ejercicio físico, puesto que se ha observado una disminución de los síntomas depresivos y mejora del bienestar en estos pacientes. Asimismo, es necesario establecer una dieta saludable y compensada en estos individuos, rica en verduras y lácteos, debido a que la excesiva ingesta de dulces se ha asociado al aumento del riesgo de padecer depresión.

Sancho et al. (2020) afirman que dentro del tratamiento farmacológico existen diferentes grupos antidepresivos tales como:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN).
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).
- Agonistas de la melatonina.
- Antagonistas alfa-2.
- Moduladores de la serotonina.
- Antidepresivos multimodales.

• Antidepresivos tricíclicos (ATC).

Existen otros grupos farmacológicos indicados en el TDM como son las benzodiacepinas, antiepilépticos y los antihistamínicos, los cuales se usan en combinación con los antidepresivos. Todos estos fármacos son utilizados en los casos moderados-graves, así como en los casos más leves sin respuesta ante la psicoterapia (Sancho et al., 2020).

Según Hernández y Robledo (2021) los antidepresivos tricíclicos (ATC), es uno de los grupos de antidepresivos más antiguos conocidos. A día de hoy, su uso se ha limitado como tratamiento de segunda línea debido al riesgo de toxicidad y el elevado número de efectos secundarios que le acompañan.
Su mecanismo de acción consiste en inhibir la recaptación de noradrenalina y serotonina, por lo que sus concentraciones aumentan en la hendidura presináptica. Además de esto, bloquean los receptores postsinápticos de histamina, alfa-adrenérgicos y muscarínico-acetilcolina, lo que da respuesta a la diversidad de efectos adversos que provocan. Con respecto a sus funciones, es un tratamiento eficaz para tratar el insomnio, mejorando el tiempo de sueño y su eficiencia hasta en un 82%. A pesar de esto, se recomienda su administración a bajas dosis con la asociación a otros antidepresivos de primera línea para tratar el episodio depresivo unido a insomnio. Los más usados son la Doxepina, Amitriptilina, Imipramina, Clomipramina y Desipramina (Schneider et al., 2019).

Los ISRS son los antidepresivos de primera línea en el tratamiento del TDM. Presentan mayor tolerancia y seguridad en comparación con los ATC. Respecto a su mecanismo de acción, inhiben los transportadores de serotonina, evitando así la recaptación de serotonina sináptica por parte de la neurona. Tras la administración de estos fármacos, la concentración de serotonina en el espacio sináptico aumenta mejorando la sintomatología en dicho trastorno. La vida media de estos fármacos es de unas 24 horas y su efecto terapéutico comienza a ser notable en torno a las 2-4 semanas de ingesta (Pérez Esparza, 2017; Hernández y Robledo, 2021).

Por último, Según Salvo et al (2019), la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el número de casos de suicidio han aumentado hasta un 60% en los últimos 45 años, instaurándose como la primera causa de muerte entre los 15 y los 44 años. El intento de suicidio se puede definir como las distintas conductas que la persona lleva a cabo con el objetivo de provocar su propia muerte, pudiendo generar o no lesiones permanentes. Asimismo, es necesario saber que la conducta suicida engloba el término intento de suicidio y el suicidio propiamente

dicho. Los registros respecto al número de casos de suicidio consumado no son del todo reales, ya que no todos ellos se contabilizan por desconocimiento o bien se registran como otro motivo distinto de fallecimiento. Con base en los porcentajes, se estima que por cada caso consumado se registran entre 10 y 25 intentos, de los cuales, un 15% acaban en suicidio (Salvo et al., 2019).

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma que el trastorno depresivo mayor es una enfermedad mental que se caracteriza por "un estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer".
Existen dos formas de tratamiento, el farmacológico y el no farmacológico, quedando evidenciada una mayor respuesta del trastorno depresivo mayor a la combinación de ambas, en especial en casos moderados-graves. Los ISRS son los antidepresivos de primera línea, debido a sus menores efectos adversos. Suelen combinarse con otros grupos de fármacos para generar mejor respuesta al tratamiento. Los ATC, son un grupo menos utilizado, pero con gran efectividad en casos donde hay nula respuesta al tratamiento, así como los IRSN.
Se resalta la importancia de considerar que el suicidio es una consecuencia severa del trastorno depresivo mayor. Los pensamientos suicidas son frecuentes en estos pacientes. Por cada suicidio consumado, se registran entre 10-25 intentos, de los cuales, alrededor de un 15% acaban en consumados. A pesar de existir un registro, no es totalmente verídico, ya que muchos no son notificados a las autoridades.

## 6 Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (5ª Ed). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
2. Barceló-Soler, A., Baños, R. M., López-Del-Hoyo, Y., Mayoral, F., Gili, M., García-Palacios, A., García-Campayo, J., y Botella, C. (2019). Intervenciones de psicoterapia por ordenador para la depresión en Atención Primaria en España. Actas Españolas de Psiquiatría, 47(6), 236-246.
3. Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Revista de Ciencias Sociales, 33(46), 79-106.
4. Gómez Maquet, Y., Ángel, J. D., Cañizares, C., Lattig, M. C., Agudelo, D. M., Arenas, Á., Ferro, E., Gómez Maquet, Y., Ángel, J. D., Cañizares, C., Lattig, M. C., Agudelo, D. M., Arenas, Á., y Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los

sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. Revista Colombiana de Psiquiatría, 49(2), 68-75.
5. Hernández, J. V., y Barrera Robledo, M. E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Revista Médica de Risaralda, 27(1), 85-91.
6. Instituto Nacional de Estadística. (enero de 2021). La salud mental en la pandemia.
7. Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: Actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina (México), 60(5), 7-16.
8. Salvo, L., Ramírez, J., Castro, A., Salvo, L., Ramírez, J., y Castro, A. (2019). Risk factors for suicide attempts in people with depressive disorders treated in secondary health care. Revista médica de Chile, 147(2), 181-189.
9. Sancho, G. P., Brenes, G. S., y Villalobos, N. D. L. C. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Médica Sinergia, 5(12), 1-16.
10. Schneider, J., Patterson, M., y Jiménez, X. F. (2019). Beyond depression: Other uses for tricyclic antidepressants. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 86(12), 807-814.

## Capítulo 117

# CASO CLÍNICO : ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EXTRAHOSPITALARIA ANTE UNA HIPOGLUCEMIA

JACOBO VÁZQUEZ MÁRQUEZ

SEBASTIÁN ESTEBO FERNÁNDEZ DE LAS HERAS

## 1 Introducción

La hipoglucemia es una situación clínica que se produce cuando la cantidad de glucosa en sangre se encuentra por debajo de 70 mg/dl, con la bajada del nivel de glucemia en sangre, se produce la activación del sistema nervioso simpático, lo que da lugar a una serie de síntomas (adrenérgicos) como: diaforesis, piel fría, taquicardia; a consecuencia de la adrenalina producida por el organismo para contrarregular la acción de la insulina.
Si la hipoglucemia se mantiene en el tiempo, comenzarán a aparecer síntomas neuroglucopénicos como la disminución del nivel de conciencia, visión borrosa, alteración de la conducta, entre otros.
Entre las causas que pueden desencadenar esta situación:
1. Externas:
-Falta de equilibrio entre el tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) y/o la insulina administrada y la cantidad de hidratos de carbono aportados con la dieta.
- Errores en la administración del tratamiento.
- Realización de excesivo ejercicio físico.
- Ingesta de alcohol.
- Vómitos y/o diarreas

- Interacción de otros medicamentos.
2. Internas: secundaria a enfermedad orgánica, autoinmune, tumoral o endocrinometabólica.

Ante la presencia de síntomas de hipoglucemia es necesario confirmar los valores de glucosa en sangre mediante obtención de una muestra capilar, una vez confirmada la situación clínica, nuestra actuación dependerá del nivel de consciencia del paciente.
1. Si el paciente está consciente y presenta buena tolerancia por vía oral, proporcionar 15 g de glucosa, repitiéndolo a los 15 minutos si persisten los valores de glucemia.
2. Si el paciente está inconsciente:
- Valorar administración de tiamina 100 mg IV en pacientes con intoxicación etílica o enolismo crónico.
- Administrar glucosa monohidrato IV (10g/20ml) según glucemia, pudiendo repetirse a los 15 minutos según la evolución.
- Si no tenemos disponibilidad de vía venosa, glucagón intramuscular hypokit 1 mg asegurando posteriormente el aporte de hidratos por vía oral o parenteral.
- Administrar suero glucosado al 5% hasta mantener una normalización de la clínica y de la glucemia, principalmente en pacientes a tratamiento con antidiabéticos orales.
- Valorar traslado al servicio de urgencias hospitalarias según la causa desencadenante, antecedentes personales y estabilidad del paciente.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer la actuación por parte del personal de enfermería ante una hipoglucemia.
- Estrategias para retomar las cifras de glucemia del paciente a un rango dentro de la normalidad.
- Mostrar la importancia de educar al paciente y a su familia en la detección precoz de los síntomas de hipoglucemia y el inmediato tratamiento.

## 3 Caso clínico

Llamada entrante del 061 a PAC: Varón de 35 años que se lo encuentra su pareja inconsciente en su domicilio.
- AP: Diabetes mellitus tipo I, No RAMC, resto sin interés.

- Antecedentes familiares sin interés.
- Tratamiento actual:
. Insulina glargina 0-24-0
. Insulina novorapid según cifras de glucemia.

A nuestra llegada (TES+ ENF+ MED) al domicilio, varón inconsciente en el suelo de la cocina, sudoroso, no respuesta a estímulos verbales ni dolorosos, taquipneico, pulsos presentes.
- Glasgow: 4
- No tolera cánula de Guedel.
- Monitor: Taquicardia sinusal a 95 lpm, no alteraciones en la repolarización, Eje cardiaco normal.
- Constantes vitales:
TA: 105/55 FC: 95
Sat02: 96% sin O2
Glucemia capilar: 35 mg/dl
Tª: 35.5ºC
Se canaliza vía venosa nº18 en MSI y tras descartar posible intoxicación etílica, se administra una ampolla de glucosa monohidrato 10g/20ml intravenosa.
Se repite la glucemia a los 10 minutos obteniendo un valor de 55 mg/dl, se administra una segunda ampolla de glucosa monohidrato, al pasar cinco minutos el paciente comienza a recuperar el nivel de consciencia con apertura ocular espontánea y movimiento de extremidades superiores.
Tras realizar una nueva determinación de glucemia capilar se obtiene una cifra de 80 mg/dl.
Con ayuda del equipo se coloca al paciente sentado, que en un primer momento refiere no acordarse de lo que ha pasado. Tras pasar 20 minutos se realiza una nueva medición de glucemia capilar que aporta cifras de 98 mg/dl , Glasgow en ese momento 14, estable hemodinámicamente, no alteraciones neurológicas.
Al estar hablando con la pareja y el paciente, este nos comenta que se ha puesto las 24 unidades de insulina lenta y 8 unidades de novorapid y ha bajado a ayudar a un amigo antes de comer, a cargar unas cajas, al regresar a su piso se ha empezado a encontrar mareado y desde ese momento, ya no se acuerda de nada.
Debido a la mejoría clínica del paciente y de sus cifras de glucemia, se decide por el equipo control en domicilio con medición de la glucemia capilar durante 4 horas.

## 4 Discusión-Conclusión

Una de las complicaciones más habituales de la diabetes mellitus tipo I y tipo II es la hipoglucemia.
El tiempo de actuación en esta situación es de gran importancia, pues de prolongar esta situación, la consecuencia final podría ser el fallecimiento del paciente a causa de un coma hipoglucémico.
Por todo esto, es de vital importancia que el personal de enfermería conozca el protocolo de actuación ante una hipoglucemia y esté familiarizada con la medicación utilizada para revertir esta situación clínica.
La mayor parte de los avisos por hipoglucemias suceden en el ámbito extrahospitalario, por lo que es importante que el personal de centro de salud y puntos de atención continuada se mantengan actualizados en cuanto a urgencias y emergencias.

## 5 Bibliografía

1. Hipoglucemia en la diabetes. (2019, junio 21). Federación Española de Diabetes FEDE; Federación Española de Diabetes (FEDE). https://fedesp.es/diabetes/complicaciones/hipoglucemia/.
2. Hypoglycemia (low blood glucose). (s/f). Diabetes.org. Recuperado el 2 de octubre de 2023, de https://diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-care/hypoglycemia.
3. Manual de Procedimientos · SAMUR Protección Civil. (s/f). Madrid.es. Recuperado el 2 de octubre de 2023, de https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/index.html.

## Capítulo 118

# CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA

CARLOS VERA HERVÁS

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

## 1 Introducción

La hemorragia intraparenquimatosa cerebral es el sangrado focal desde un vaso sanguíneo hacia el parénquima cerebral. Consiste en la fuga repentina de sangre al parénquima cerebral, junto con la hemorragia subaracnoidea, alcanzan el 20% de los ictus, obteniendo una alta probabilidad de mortalidad, en el cual la hipertensión, el factor principal que provoca un daño vascular y la disección o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro, teniendo siempre en cuenta otras causas como pueden ser las malformaciones vasculares, el uso de fibrinolíticos y la angiopatía cerebral amiloidea en los pacientes de la tercera edad o ancianos

La hemorragia intraparenquimatosa tiene consecuencias muy graves. Reconocer los factores de riesgo (hipertensión), además de la capacidad para distinguir de manera precoz un evento isquémico y localizar las características clínicas que

pueden hacer empeorar la hemorragia son importantes para mejorar la evolución del paciente.

La hemorragia intraparenquimatosa puede ser:
- Primaria: es la más común, suele estar relacionada con la hipertensión o con angiopatía amiloide. Suele darse en personas mayores, hombres y en zonas hondas y subcorticales.
- Secundaria: es más rara que se produzca. Suele darse en pacientes jóvenes. Está relacionada con la utilización de fármacos antiagregantes o anticoagulantes, malformaciones, coagulopatías o abuso de drogas y alcohol.

Los síntomas principales antes de producirse la hemorragia suele ser un cuadro agudo de cefalea, acompañado de déficit neurológico y pérdida progresiva de conciencia, pudiendo llegar a una situación de coma rápidamente.

Una evaluación y un diagnóstico acertados son cruciales. El método de elección para el diagnóstico es el TAC, esta prueba, es mejor que la resonancia magnética para observar la sangre; además es una prueba más rápida y de un coste menor. Nos proporciona la información sobre su localización, amplitud, el defecto de masa, si hay afectación intraventricular o subaracnoidea.
Si se utiliza con contraste nos permite ver si el paciente tiene malformaciones o tumores.
También es conveniente realizar un Angio-TAC, de esta manera podemos saber si hay patología vascular o ver si hay sangrado activo.
Es preciso hacer una interconsulta rápidamente con neurocirugía para valorar una posible descompresión quirúrgica mediante una craneotomía descompresiva o evacuación del hematoma. La decisión es complicada, ya que está condicionado por: la edad del paciente, la situación neurológica previa y actual tras la hemorragia, la localización del hematoma…

## 2 Objetivos

- Exponer, según los últimos estudios, cómo ha de diagnosticarse y tratarse un paciente con una hemorragia intraparenquimatosa.
- Dar a conocer lo fulminante que puede llegar a ser esta enfermedad al no recibir a los pacientes a tiempo.

# 3 Caso clínico

Fecha de Ingreso: 12/08/2023 01:46
Fecha de Alta: 13/08/2023 15:59
Motivo de ingreso – consulta bajo nivel de consciencia.
M.I.: hemorragia cerebral.

Antecedentes personales: No RAMC. HTA. DM tipo 2. DL. No hábitos tóxicos. No otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.
Tratamiento habitual: adiro 100mg 0-1-0, lisinopril 20mg 1-0-0, amlodipino 10mg 1-0-0, simvastatina 10mg 0-0-1, metformina 850mg 1-1-1.
Situación basal ABVD.

Enfermedad actual
Varón de 72 años que ingresa en medicina intensiva por coma estructural.
Según refiere médico de 112 avisan por encontrarlo inconsciente en un camino por el que habitualmente él se mueve para ir a regar al campo. La última vez que fue visto fue a las 18h y es encontrado hacia las 23h. No había manifestado ninguna sintomatología las horas ni los días previos. Cuando llega el 112 lo encuentran con SCG 3/15 y anisocoria (D>I). Proceden a intubarlo tras administración de sedonalgesia y relajación, pero no lo consiguen tras varios intentos. Se inicia tratamiento IV con manitol 20% y finalmente se traslada con mascarilla laríngea en el helicóptero ante la sospecha de hemorragia cerebral.

A su llegada a hospital, lo recibimos en el box vital donde se consigue intubación orotraqueal sin incidencias (Cormack IIB). Trasladamos al TC donde se confirma hemorragia de ganglios de la base derechos de gran volumen con vertido a ventrículos e hidrocefalia secundaria. Avisamos a servicio de Neurocirugía que desestima tratamiento neuroquirúrgico.

Exploración física: TA 150/75 mmHg, FC 120 lpm, SatO2 100% (VMI con FiO2 100%), afebril. AC: rítmico. AP: roncus bibasales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, MMII: sin edemas ni signos de TVP. NRL: pupilas anisocóricas, con midriasis derecha no reactiva. SCG 3.

Exploración complementaria 1
- Analítica:
. Hemograma: Leucocitos 19000, Segmentados 90.9 % 17.300, Linfocitos 4.7 % 900, Monocitos 4.1 % 800, Eosinófilos 0.1 %, Basófilos 0.2 % 0, Hematies 4.47,

Hemoglobina 14.1, Hematocrito 42.15, VCM 94.2, HCM 31.6, CHCM 33.6, ADE 13.7, Plaquetas 273000.
. Bioquímica: Glucosa en suero 201, Urea 38, Creatinina 0.88, Bilirrubina Total 0.4, CKD-EPI Urgencias 85, GOT 18, GPT 12, LDH 210, CPK 92, Sodio 143.8, Potasio 3.72, Cloro 103.4, Calcio 9.6, Fosforo 2.5, Magnesio 1.6, TpI 12.9.
- ECG: ritmo sinusal a 88 lpm, eje normal, sin signos de isquemia aguda ni alteraciones de repolarización.
- Rx tórax: sin infiltrados ni condensaciones con senos costofrénicos libres.
- TC craneal: Gran hematoma intraparenquimatoso de probable etiología hipertensiva centrado en ganglios basales derechos, de 6,9 x 6,7 x 5 cm (AP x T x CC), de contornos lobulados y con leve edema perilesional, que condiciona efecto de masa sobre el parénquima adyacente con colapso parcial de los surcos hemisféricos derechos y con desplazamiento de la línea media hacia la izquierda de aproximadamente 0,9 cm en relación con herniación subfalcina. Muestra extensión hacia el mesencéfalo derecho con leve herniación transtentorial descendente derecha. Se encuentra abierto a ventrículos a nivel del ventrículo lateral derecho y del tercer ventrículo, con presencia de sangrado agudo tetraventricular, observando dilatación difusa del sistema ventricular con índice de Evans de 0,3, en relación con hidrocefalia secundaria.
Diferenciación córtico-subcortical conservada.
Estructuras de fosa posterior sin alteraciones reseñables.
Ateromatosis calcificada de sifones carotídeos.
No se evidencian líneas de fractura ni otras alteraciones óseas. Desviación del tabique nasal hacia la izquierda.
Ocupación por contenido mucoso de senos frontales, maxilares y celdillas etmoidales en relación con pansinusitis.
Sonda nasogástrica en coana derecha.
No se observan alteraciones de las partes blandas.

Una vez diagnosticado, fue llevado a la unidad de cuidados intensivos con una perfusión de nitroglicerina, pero, a pesar de ella, seguía con hipertensión. Pasadas unas horas esta cae en picado, necesitando en cuestión de segundos una perfusión de noradrenalina. Posteriormente, se confirma la muerte cerebral y deciden adecuar el esfuerzo terapéutico.

## 4 Discusión-Conclusión

La hemorragia intraparenquimatosa continúa siendo una patología con gran porcentaje de morbilidad y morbilidad neurológica. Un rápido diagnóstico, un manejo médico y neuroquirúrgico, siempre y cuando esté indicado por parte de estos, son fundamentales para facilitar la buena evolución del paciente.
Por lo tanto, los pacientes con que llegan con una hemorragia de estas características deben ser tratados rápidamente, se les debe realizar una prueba de neuroimagen lo más rápidamente posible, puesto que la mortalidad es más elevada en las primeras horas tras producirse el sangrado. En este caso clínico vemos como, por circunstancias ajenas al personal sanitario, el paciente es tratado de manera tardía, provocando la decisión por parte de los neurocirujanos de no intervenir, tanto por la gravedad de la lesión como por el estado del paciente.

En el caso planteado, si se hubiera podido actuar a tiempo, se habría realizado una craneotomía descompresiva de urgencia, para así intentar reducir la presión intracraneal, pudiendo mejorar la evolución del paciente.
Es un tipo de enfermedad en la que el tiempo de acción es primordial.

## 5 Bibliografía

1. Saant Loja MG, Ortega Barco MA, Torres Criollo LM. Hemorragia intraparenquimatosa cerebral. Anatomía Digital [Internet]. 2023 [citado el 2 de octubre de 2023]; 6(1.1):70–9.
2. Uva.es. [citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/.
3. Vista de Hemorragia intraparenquimatosa [Internet]. Reciamuc.com. [citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/836/1450
4. De Sola RG. 2020 - TEMA V. HEMORRAGIA CEREBRAL - [Internet]. Neurorgs.net. Unidad de Neurocirugía; 2020 [citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: https://neurorgs.net/docencia/2020-tema-v-aspectos-quirurgicos-de-las-hemorragias-intracraneales/.
5. Plans Galván O, Manciño Contreras JM, Coy Serrano A, Campos Gómez A, Toboso Casado JM, Ricart Martí P. Hemorragia intraparenquimatosa por enfermedad de Moyamoya en una paciente caucásica. Neurologia [Internet]. 2019 [citado el 2 de octubre de 2023]; 34(8):553–5.

## Capítulo 119

# MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

SERGIO SANCHO ARROYO

ALBA PARRA MORENO

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

## 1 Introducción

La bronquiolitis aguda es una enfermedad que se caracteriza por la infección del tracto respiratorio en la que se obstruyen los bronquiolos debido a la inflamación de estos, aumentando la producción de moco y dificultando la respiración. Este proceso constituye la infección respiratoria más frecuente en el lactante y la primera causa de hospitalización en menores de 2 años (1).

La edad a la que frecuentemente aparece es en los primeros dos años de vida y en concreto de los 2 a 6 meses. Por otro lado, es más frecuente a final del otoño, comienzo del invierno y en los comienzos de la primavera (1).

En los servicios de atención primaria, en la gran mayoría de los casos (90%), los procesos que se presentan con signos de dificultad respiratoria o sibilantes se organizan en tres grandes entidades como bronquiolitis, procesos agudos infecciosos, tales como bronquitis o neumonía, y el asma bronquial (1,2).

Esta afección es de gravedad variable y suele ser causada por un virus, siendo el más común el virus respiratorio sincitial (VRS), en el 70% de las infecciones. Este se trasmite por contacto directo con las gotas de la respiración, también por superficies contaminadas con estas secreciones, por lo que es muy importante para su prevención las medidas de higiene, entre ellas, el lavado de manos (1,2).

El personal de enfermería ante la bronquiolitis contribuye con funciones como administrar la medicación adecuada para ello, colaborar en la fisioterapia respiratoria y educar para prevenir a través de la educación para la salud a la comunidad sobre esta enfermedad (4).

## 2 Objetivos

- Describir la enfermedad, síntomas, etiología, evolución y tratamiento.
- Conocer la labor y los cuidados de enfermería en la bronquiolitis.

## 3 Metodología

Para la realización de la siguiente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una investigación con el objetivo de recopilar información de aquellos documentos de interés relacionados con el tema.
La búsqueda bibliográfica se ha realizado en bases de datos como Pubmed, Dialnet y Scielo y además en buscadores como Google académico.
Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido las siguientes: bronquiolitis, enfermería, tratamiento, hospitalización, lactante.
Por último, se han seleccionado los artículos de mayor interés para poder redactar los resultados de esta.

## 4 Resultados

Etiológicamente, el factor causal de la bronquiolitis es un virus. Entre aquellos que pueden ser los causantes de la enfermedad encontramos:
. Virus respiratorio sincitial (VRS), en la mayoría de los casos.
. Parainfluenza 1 y 3.
. Adenovirus (este está relacionado con un tipo de bronquiolitis más grave y con más hiperactividad bronquial).
. Enterovirus.
. Rinovirus.

. Micoplasma pneumoniae.
El contagio se produce por la vía respiratoria, también se puede trasmitir por contacto a través de las manos de cualquier persona que toque objetos o superficies contaminadas con estos fluidos. Una vez el agente causante entra en el organismo, invade el epitelio bronquial provocando necrosis y desprendiendo el epitelio respiratorio, esto hace que se secrete moco y se produzca un edema en la pared del bronquiolo. El epitelio bronquial se empieza a regenerar a los 3-4 días de evolución (1,2).

Los síntomas de esta afección comienzan con un catarro leve, rinorrea, estornudos, tos seca, a veces fiebre, sibilancias audibles y signos de dificultad respiratoria (1,2).
En los casos más severos se observa aleteo nasal, sibilantes audibles, tiraje intercostal y subcostal, y una frecuencia respiratoria de hasta 60 respiraciones por minuto, con hipercapnia. En los casos más leves a los 3-5 días se puede evolucionar de manera favorable (1,2).

Alrededor del 5% de las bronquiolitis precisan de ingreso hospitalario, y en torno al 1% de los pacientes que la contraen acaban falleciendo, donde muchos de ellos ya padecían una enfermedad cardiaca o respiratoria previa o están inmunodeprimidos. Esto se da sobre todo en países en vías de desarrollo (3).

Es importante que en los servicios de atención primaria se determine qué lactantes pueden precisar ingresos hospitalarios y cuáles pueden seguir un tratamiento de manera ambulatoria.
Los criterios que se suelen emplear para derivar al niño al hospital son los siguientes:
. Niños de riesgo:
- Cardiopatía congénita.
- Fibrosis quística.
- Displasia broncopulmonar.
- Inmunodeficiencias y trasplantados.
- Enfermedad neurológica o metabólica severa.
- Niños < 2 meses.
. Niños con evolución de riesgo:
- Dificultad para tomar el alimento, aspecto séptico, letargia, deshidratación.
- Trabajo respiratorio moderado con aleteo nasal, tiraje intercostal, subcostal o supraesternal, frecuencia respiratoria baja, disnea, cianosis.
- Angustia familiar.

- Familias que creamos que no van a poder llevar un adecuado control (3).

Tratamiento y cuidados de enfermería:

Una de las funciones de enfermería en los niños que padecen bronquiolitis es la realización de fisioterapia respiratoria, que consiste en mantener una posición semisentada, una alimentación fraccionada y controles evolutivos. Esta intervención de enfermería estaría indicada para planes de cuidados en niños con esta enfermedad como una parte más del tratamiento (1).

En cuanto al tratamiento con medicación, los broncodilatadores y los corticoides inhalados solo se emplearían en lactantes mayores de 9 meses y con VRS negativo. Estos no se emplearían en bronquiolitis víricas y en pacientes menores de 1 año, ya que podrían empeorar la función pulmonar. El bromuro de ipratropio se podría usar en bronquiolitis moderadas en niños sanos de 6 a 9 meses, puesto que produce broncodilatación, y para administrarlo se escogen nebulizadores ultrasónicos, cuando estos no se puedan usar se emplearán aerosoles presurizados en cámaras y con mascarillas pediátricas (1).
En el ámbito hospitalario, en los casos más difíciles donde tengan una infección grave y una patología de base añadida, se podría usar ribavirina en aerosol (3).
De la administración de todo este tratamiento se encargaría el personal de enfermería, el cual debe ir acompañado de una enseñanza a la familia del niño. Como hemos mencionado con anterioridad, para la prevención de esta enfermedad es importante evitar el contacto con los enfermos, realizando también un buen lavado de manos y evitando el humo del tabaco (4).

## 5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis es una enfermedad que afecta al sistema respiratorio, causando infección e inflamación, dificultando un correcto funcionamiento de este.

A pesar de que los broncodilatadores y corticoides no estén recomendados para el tratamiento de esta afección, muchas veces en la práctica clínica se siguen usando.

Es importante que desde los servicios de atención primaria se sepa cómo tratar y actuar ante este tipo de enfermedad, y derivar en caso del que el niño sea de riesgo.

Esta es una enfermedad que supone un gran número de visitas a los servicios de

urgencia y hospitalización en los servicios de pediatría.

El rol de enfermería es muy importante, ya que debe conocer la enfermedad y el manejo de esta, puesto que son los encargados de la vigilancia, el control, monitoreo de signos vitales, además de administrar medicación, encargarse de la oxigenoterapia y de las diferentes terapias. Cabe destacar también la labor de educación para salud a las familias en estos servicios.

## 6 Bibliografía

1. Vega-Briceño LE. ACTUALIZACION DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA. Neumol Pediatr [Internet]. 16 de junio de 2021 [citado 2 de octubre de 2023];16(2):69-74. Disponible en: https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/326.
2. Coronel-Carvajal C. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. AMC. 2019;23(5):639-647.
3. Cerdán Rojas Silvia Llermé. Factores asociados con hospitalización prolongada en lactantes con bronquiolitis moderada. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2022 Mar [citado 2023 Oct 02] ; 94( 1 ): e1797. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000100006&lng=es.
Epub 08-Abr-2022.
4. Ochoa Sangrador C, González de Dios J, Balaguer Santamaría A, Ortega Páez E, Pérez-Moneo B, Molina Arias M, et al. Nirsevimab y prevención de bronquiolitis en lactantes nacidos a término. Evid Pediatr.2023;19:35.
5. Álvarez García FJ, Cilleruelo Ortega MJ, Álvarez Aldeán J, Garcés-Sánchez M, Garrote Llanos E, Iofrío de Arce A, et al. Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2023. An Pediatr. 2023; 98(1): 58.e1-58.e10.

## Capítulo 120

# INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SARAMPIÓN

ISABEL RUBIO DOMINGUEZ

SILVIA PÉREZ ARTEAGA

SERGIO SANCHO ARROYO

MARIA VILLAJOS MAYORALAS

ALBA PARRA MORENO

## 1 Introducción

El sarampión se considera una enfermedad grave causada por el virus del sarampión. Este es un virus ARN perteneciente al género Morbillivirus y a la familia de los Paramyxoviridae, este afecta principal y mayoritariamente a los niños (1).

Esta enfermedad es de declaración obligatoria, por lo que es una de las patologías más contagiosas que se trasmiten de persona a persona por contacto directo a través de secreciones respiratorias de las personas que están infectadas, a través del aire y de fómites contaminados, ya que el virus que está en las gotas de las secreciones podría estar en el aire durante diversas horas, y contaminar las superficies del ambiente durante un tiempo. La manera en la que entra en el organismo es por la vía conjuntival y la vía aérea (1).

El sarampión presenta el siguiente cuadro clínico: tos, secreción nasal, conjuntivitis, fiebre, exantema en la piel, entre otros. Pueden aparecen complicaciones más graves, sobre todo en personas susceptibles y vulnerables, como aquellas que no están vacunadas, que se encuentran embarazadas o inmunodeprimidas. Los días de mayor riesgo de contagio son en la fase prodrómica y los cinco días después de que aparezca el exantema (1,2).

La incidencia del sarampión varía según los países, siendo los más afectados aquellos en vías de desarrollo, donde las tasas de vacunación son más bajas. La única manera de erradicar esta enfermedad a nivel mundial sería alcanzar y mantener altos niveles de vacunación, previniendo así los brotes de esta (3,7).

El personal de enfermería cumple una función importante en el proceso de prevención a través de la vacunación y educación sanitaria a la población sobre la enfermedad, así como con diversas intervenciones una vez la enfermedad ha sido adquirida por alguna persona (4,5).

## 2 Objetivos

- Aportar conocimientos acerca del sarampión, así como sus fases, síntomas, complicaciones, entre otros.
- Conocer las intervenciones y cuidados de enfermería en el sarampión.

## 3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se ha llevado a cabo una investigación con el objetivo de crear una revisión bibliográfica, por lo que se ha recopilado documentos de interés para llevarla a cabo.
La búsqueda bibliográfica se ha realizado en bases de datos como Pubmed, Dialnet y Scielo y además en buscadores como Google académico.
Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido las siguientes: sarampión, epidemiología, vacunas, enfermería.
Por último, se han seleccionado los artículos de mayor interés para poder redactar los resultados de esta.

## 4 Resultados

El proceso de la enfermedad del sarampión consta de cuatro periodos:

1. Periodo de incubación. Este puede durar entre 10- 12 días aproximadamente. Se puede elevar la temperatura corporal a los 9-10 de la fecha en la que se infectó la persona, y la cual puede desaparecer a las 24 horas.
2. Fase prodómica. Este periodo suele durar más o menos de 3 a 5 días y se suele presentar con fiebre moderada o escasa, conjuntivitis, tos seca, mocos. A los 2-3 días aparecen lo que se llama "las manchas de Koplik", estas son un signo distintivo del sarampión, se presentan como puntos de color blanco grisáceo con algunas areolas rojizas, situadas en la mucosa oral, se encuentran muy habitualmente en la cara interna de las mejillas a la altura de los morales, estas manchas pueden desaparecer al día siguiente. La inflamación conjuntival y la fotofobia pueden aparecer antes que estas manchas, lo que supondría una sospecha de que se trata de sarampión.
3. Periodo exantémico. Comienza con un exantema maculopapuloso que se extiende en cara y cuello, este avanza en torno al segundo día a brazos y tronco, culminando sobre el tercer día en abdomen y piernas, este respeta palmas de las manos y planta de los pies. Todo esto ocurre a medida que la fiebre aumenta considerablemente, pudiendo llegar hasta 40 ℃, se exacerban también algunos síntomas como la tos. La fiebre va disminuyendo hasta que desaparece de dos a seis días después del exantema.
4. Periodo de descamación. En este último periodo van desapareciendo los síntomas progresivamente, uno de los síntomas que puede ser residual es la tos. Aquí se inicia la descamación furfurácea, esto hace que la piel tenga un aspecto harinoso.

Es importante diferenciar el exantema que sale en el sarampión de otros, como por ejemplo el que sale por la rubeola, el exantema súbito, el provocado por la escarlatina, monoclueosis infecciosa, entre otros (1,2).

Por otro lado, las complicaciones de esa enfermedad tienen más riesgo de presentarlas aquellas personas que están inmunodeprimidas y los niños menores de 1 año. Las complicaciones más habituales son las siguientes:
- Otitis media.
- Neumonía.
- Encefalitis: "panencefalitis esclerosante subaguda", es una complicación tardía, de baja incidencia, que se produce por la permanencia del virus en el SNC.
- Laringitis.
- Bronquitis.
- Miocarditis.
- La infección durante el embarazo puede dar lugar a la muerte fetal (1,2).

Cuidados de enfermería:
Las intervenciones de enfermería que acompañarán al tratamiento del sarampión serán las siguientes:
- Extracción sanguínea para detección de anticuerpos IgG e IgM.
- Administración del tratamiento prescrito: pueden estar indicados los sedantes, antitérmicos.
- Manejo de los líquidos.
- Prevención y educación para la salud

Gracias a un sistema de vacunación a través de programas específicos se ha hecho posible la reducción de la incidencia de esta enfermedad de manera eficaz en todo el mundo. Aun así, se siguen produciendo brotes de sarampión, a causa de los individuos no vacunados.

La vacunación de sarampión se pone a todos los niños a partir de los 12 meses de edad, y en aquellos adultos que no tienen la vacunación completa. La vacuna consta de dos dosis y el intervalo mínimo que debe de haber entre ambas es de 4 meses. Se aconseja que la primera dosis se ponga separada de la vacuna de la varicela y que la segunda dosis se administre junto a la vacuna tetravírica (4,5,6).

## 5 Discusión-Conclusión

El sarampión es una de las enfermedades más contagiosas que se conocen, causada por un virus que ataca al sistema respiratorio y al tejido epitelial humano.

Es una afección que predomina más en países en vías de desarrollo. Antes de que existiera la vacunación, la mortalidad era muy elevada. Con esta medida se ha reducido bastante su morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

El personal de enfermería cumple un papel muy importante en la prevención de esta enfermedad y en la reducción del contagio a través de las campañas de vacunación, en su administración y en la educación sanitaria sobre el sarampión, como las medidas de higiene que se deben de llevar a cabo.

## 6 Bibliografía

1. Lüthy Isabel A, Kantor Isabel N. Sarampión. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Oct 02] ; 80( 2 ): 162-168. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000300011&lng=es.

2. Palacios López CG et al. Exantemas en pediatría. Acta pediatr. Méx, 2015; 36(5):412-423.
3. Fadic R. Ricardo, Repetto D. Guillermo. Sarampión: Antecedentes históricos y situación actual. Rev. niño. pediatra. [Internet]. Junio de 2019 [citado 2 de octubre de 2023] ; 90(3): 253-259. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300253&lng=es.
http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.1231.
4. Lüthy Isabel A. Vacunar contra el sarampión. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2020 Feb [citado 2023 Oct 02] ; 80( 1 ): 93-94. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100015&lng=es.
5. Instituto de Salud Carlos III. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de vigilancia del sarampión [en línea]. Actualizada: 17 de mayo de 2016. [Consultado en mayo 2021]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20AZ/Sarampi%C3%B3n/Protocolo%20de%20Vigil
df#search=sarampi%C3%B3n.
6. Masa Calles J, López Perea N, Torres De Mier M de V. Vigilancia epidemiológica en España del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Rev Esp Salud Pública 2015; 89(4): 365-379.
7. Organización Mundial de la Salud. La mortalidad por sarampión en el mundo aumenta en un 50% de 2016 a 2019 y se cobra más de 207.500 vidas en 2019 [en PATOGENIA Y EPIDEMIOLOGÍA ACTUALIZADA DEL SARAMPIÓN TRABAJO FIN DE GRADO 40 línea]. 12 de noviembre de 2020. [Consultado en marzo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/12-11-2020-worldwide-measles-deaths-climb50-from-2016-to-2019-claiming-over-207-500-lives-in-2019.

## Capítulo 121

# VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ÁNGELA TENDERO MORALEDA

ANA PÉREZ PLAZA

GUILLERMO JIMENEZ TOLEDO

GEMA MAGÁN CANO

SERGIO BARBERO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Definimos trauma como una lesión severa a nivel orgánico tras una exposición aguda a un exceso de energía, que puede ser mecánica, térmica, química, eléctrica o radiante. (1)
El paciente politraumatizado es aquel que presenta múltiples lesiones y alteraciones funcionales, conllevando riesgo vital por al menos una de ellas. Las lesiones más frecuentes que podemos encontrar son traumatismo craneoencefálico, trauma torácico, en extremidades y abdominal.

El politraumatismo es una de las principales causas de morbimortalidad en la población. Por ello y por la complejidad de los cuidados y el abordaje que presenta este tipo de pacientes, el trabajo de enfermería en el abordaje inicial de este tipo de pacientes de vital importancia. (2)

En la mortalidad del paciente politraumatizado encontramos una distribución trimodal:
- Primer pico: En los primeros minutos, tras el accidente, normalmente como consecuencia de lesiones en órganos vitales como cerebro y corazón o hemorragias por laceración de grandes vasos.
- Segundo pico: En las primeras horas posteriores al accidente. Las lesiones más comunes que derivan en muerte son debidas a hematomas subdurales o epidurales, hemoneumotórax, roturas de bazo e hígado o fracturas asociadas con hemorragias.
- Tercer pico: En los días o semanas posteriores. Se debe a sepsis y fallo multiorgánico. (3)

## 2 Objetivos

- Dar a conocer como llevar a cabo la valoración de enfermería en el paciente politraumatizado.
- Exponer cuáles son los principales problemas de salud que encontramos en el paciente politraumatizado.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los artículos científicos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Lo principal al llegar al escenario donde se produce el incidente es recolectar la mayor cantidad de datos (tiempo transcurrido, cómo se originó el accidente, etc.) y proceder a evaluar al paciente. Seguiremos el esquema ABCDE: (1)
- A (airway): Apertura de vía aérea y control cervical. Si el paciente se encuentra inconsciente, colocaremos una cánula orofaríngea (guedel).
- B (breathing): Control de la respiración y evaluación de la ventilación. Debemos evaluar si el paciente respira, la frecuencia y amplitud de la respiración y si el tórax es simétrico. Se debe exponer el tórax del paciente y valorar posibles hemoneumotórax, neumotórax a tensión y/o volet costal. Colocaremos

oxígenoterapia con mascarilla venturi o mascarilla con reservorio. Si el paciente no respira, procederemos a intubación.
- C (circulation): Control del pulso y control de las posibles hemorragias. El objetivo es evitar shock hipovolémico, conseguir estabilidad hemodinámica y mantener la perfusión cerebral. Buscaremos el origen de las hemorragias si las hubiese y la manera de detenerla, mediante medidas hemostáticas mecánicas (compresión directa, torniquete) y reposición de las pérdidas de volumen sanguíneo con la canalización de vías venosas periféricas e infusión cristaloides y coloides. Evaluaremos del pulso de las grandes arterias para determinar la tensión arterial sistólica.
- Pulso radial palpable = sistólica por encima de 80mmHg.
- Pulso femoral palpable = sistólica por encima de 70mmHg.
- Pulso carotídeo palpable= sistólica por encima de 60mmHg.
Valoraremos también el color de la piel y el relleno capilar.
- D (disability): Examen neurológico. Evaluaremos el nivel de conciencia con la escala Glasgow y el estado de las pupilas (tamaño, simetría y reactividad).
- E (exposition): Exponer el cuerpo del paciente y examinar para detectar lesiones inadvertidas durante las primeras fases. En este punto es importante evitar la hipotermia del paciente. (1,2,3)

## 5 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado es un paciente muy complejo, debido a las múltiples lesiones que puede presentar y por la alta mortalidad, sobre todo en las primeras horas, que encontramos en este tipo de pacientes.
Lo primordial en la atención inicial a estos pacientes es la estabilización y el transporte temprano al hospital de referencia. Si durante el transporte encontramos algún tipo de inestabilidad, procederemos a reevaluar al paciente aplicando la valoración ABCDE que hemos visto de forma secuencial, ya que esto hace que disminuya la posibilidad de omisión y, por lo tanto, de errores.
Es primordial el correcto funcionamiento del equipo multidisciplinar sanitario para la óptima ejecución de la valoración, tratamiento y traslado de este tipo de pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Scielo. 2011; 28 (2):1- 3.

2. Sollmann N., Larzabal N. y otros, Atención Inicial de Enfermería al Paciente Politraumatizado, Comero IAMMP Servicio de Enfermería, España.2014.
3. Vegas Rodríguez. FJ, Caballero Trenado. JV. Valoración del paciente politraumatizado. Gerencia del área de salud de Badajoz. Curso de Urgencias para residentes. Badajoz. 2017. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/politrauma.pdf

## Capítulo 122

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE AHOGAMIENTO Y LESIONES DE BUCEO

JULIA MARTÍN LUNA

SALOMÉ GARCÍA DE MATEOS ARIAS

ANA ISABEL GARCÍA VÁZQUEZ

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define ahogamiento como un proceso en el que se sufren dificultades respiratorias por sumersión/inmersión de la víctima en un medio líquido, pudiendo llegar a ocasionar la muerte.
El desenlace del ahogamiento puede variar en función de la duración de la inmersión, la temperatura del agua y las cantidades inhaladas, estimándose que los daños irreversibles se suelen desarrollar entre los primeros tres y diez minutos. Estos factores son muy importantes e influyen en el pronóstico de la víctima.

Es fundamental una actuación inmediata por parte del personal de enfermería en el paciente que sufre un cuadro de ahogamiento para poder lograr la supervivencia y evitar complicaciones que puedan ocasionar. Las medidas son encaminadas siempre a prevenir complicaciones tardías y conseguir una reanimación precoz de los pacientes, debiendo ser estos trasladados lo antes posible al hospital.

En general, la duración del proceso completo de ahogamiento suele ser de segundos a pocos minutos, sin embargo, en situaciones como hipotermia o

ahogamiento en agua helada, se puede alargar el proceso hasta una hora. Las consecuencias fisiopatológicas del ahogamiento se deben por lo general al daño causado como resultado de la hipoxia-isquemia y a la reperfusión posterior. En cuanto a la clínica, predomina la pulmonar y neurológica y el tratamiento debe comenzarse en el mismo lugar donde ocurren los hechos para mejorar el pronóstico. Por lo tanto, la supervivencia depende de dos factores variables: la rapidez para realizar el rescate del agua e iniciar las maniobras de soporte vital, y la prontitud para practicar una reanimación apropiada. Por ello, es de vital importancia una actuación inmediata por parte del personal de enfermería en estos casos.

## 2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de una actuación inmediata por parte del personal de enfermería ante situación de ahogamiento y lesiones de buceo.

## 3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica para obtener aquella información necesaria acerca del tema de estudio. Para ello se consultan diferentes bases de datos, tales como: Cochrane, PubMed y Google Académico. Además, se utilizan las palabras principales de este tema para realizar la búsqueda.
Toda la información obtenida de las diferentes bases de datos constata la idea principal sobre la importancia de una actuación inmediata en caso de ahogamiento y lesiones de buceo.

## 4 Resultados

Lo más importante para conseguir la supervivencia sin secuelas del paciente es el rescate temprano y el establecimiento de manera inmediata de un soporte vital básico, el factor tiempo es crucial. Por ello, se debe seguir una secuencia de acciones vitales establecidas, lo que se conoce como cadena de supervivencia. Esta comienza fuera del hospital y continúa en este con los cuidados post-resucitación.
Es primordial tener presente en todo momento que cualquier paciente que ha sufrido un ahogamiento debe ser considerado como politraumatizado y en posible estado de hipotermia.
Se debe empezar a tratar en el propio escenario de los hechos, sacando al paciente del agua tan pronto como sea posible, teniendo especial cuidado del cuello.

El principal objetivo de esta reanimación es normalizar la ventilación y circulación, por lo que, si el paciente se encuentra en situación de apnea, se debe realizar respiración boca a boca de forma inmediata, sin hiperextender el cuello para evitar empeorar una posible lesión cervical.
Las compresiones torácicas deben comenzar si el paciente no presenta signos de vida, el pulso está ausente o es casi imperceptible, siendo la relación compresiones/ventilaciones es de 30:2.
Una vez que llega el equipo de emergencias, se continúa con el soporte vital avanzado y se traslada lo más rápido posible al hospital sin detener la reanimación.
El paciente debe intubarse si presenta un gran deterioro de la conciencia y distrés respiratorio y debe colocarse en posición de Fowler si presenta signos de aspiración o edema pulmonar.
Se colocará una vía venosa de gran calibre o una vía intraósea para poder administrar fluidos, principalmente solución salina o fármacos vasoactivos en un primer momento.

El tratamiento y la estabilización de los pacientes que han sufrido ahogamiento puede parecer un proceso complicado, por lo que para abordarlo de manera más sencilla se puede seguir la clasificación de Simckoc, mostrada a continuación:
• Grupo I: pacientes que no han sufrido aspiración.
• Grupo II: pacientes que han sufrido aspiración, pero con buena ventilación.
• Grupo III: pacientes que han sufrido aspiración y presentan ventilación inadecuada.
• Grupo IV: pacientes con parada cardiorrespiratoria.

## 5 Discusión-Conclusión

A pesar del desarrollo y de las numerosas advertencias y consejos acerca de los tratamientos correctos, el ahogamiento es una causa de muerte importante, sobre todo en la infancia.

Desde un primer momento el pronóstico del paciente es desconocido, pero está totalmente relacionado con el tiempo que se tarda en llevar a cabo el rescate y la reanimación de este.
Un peor pronóstico está relacionado con un inicio tardío de RCP, en concreto más de tres minutos, una permanencia bajo el agua de más de diez minutos y acidosis e hipotermia a la llegada a urgencias. Todo esto, sumado a la edad del paciente y la temperatura del agua, afecta directamente a las posibilidades de supervivencia sin secuelas del paciente.

Además, todas las víctimas de ahogamiento deben ser hospitalizadas y no dadas de alta hasta su completa normalización, para garantizar su estabilización completa y así poder evitar cualquier complicación secundaria. Para ello, los signos vitales se deben monitorizar de manera precisa, evitando la hipoxemia, la acidosis secundaria como consecuencia de una mala ventilación y controlando la hipotermia.

Por todo ello, el manejo y las medidas terapéuticas en estos tipos de accidentes deben ser protocolizadas con el objetivo de facilitarlo y hacerlo lo más eficaz y seguro posible. Por consiguiente, es primordial una actuación inmediata por parte del personal de enfermería evitar cualquier complicación secundaria.

## 6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Ahogamientos. [Internet]. 2023.
2. Rodríguez García A, Gómez García AM. Manejo inicial del casi ahogamiento e hipotermia por inmersión. [Internet]. 2014; 8(1).
3. González Hernández J, Castillo Portales S, Julián Jiménez A. Ahogamiento y lesiones en el buceo. Complejo Hospitalario de Toledo. [Internet]. 2023; 150.
4. Pons Morales S. Lesiones por inmersión. SEUP. Protoc diagn ter pediatr. [Internet]. 2020; 1:289-298.

## Capítulo 123

# ACTUACIÓN Y ABORDAJE ANTE UNA EPISTAXIS

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

MARIO SANCHEZ NAVIO

## 1 Introducción

La epistaxis es definida, según la real academia nacional de medicina en España, como “hemorragia de las vías nasales”.
La epistaxis es un síntoma muy común de consulta en los servicios de urgencias. El 10% de la población general puede presentar al menos un episodio de epistaxis a lo largo de su vida (1)
Se presenta mayormente en niños y jóvenes, y en adultos mayores (45-65 años).
Para el tratamiento de la epistaxis suele recurrirse al taponamiento nasal, realizado por otorrinolaringólogos (2)
La presentación epitaxis suele ser benigna, este sangrado puede comprometer el pronóstico vital debido a la periodicidad con la que se presente o la abundancia del episodio
No existe un consenso en el tratamiento de la epistaxis, sin embargo, el manejo primario ha sido dado por la compresión, pero debemos hacer una valoración

inicial a través de la escala ABCDE, donde daremos más importancia a la vía aérea, respiración y circulación.
Posteriormente, se puede realizar un taponamiento anterior o posterior de la nariz, el manejo con medicamentos tópicos en la mucosa nasal como el ácido tranexámico, la cauterización eléctrica o química y por último, ante el fracaso de los manejos anteriores, el manejo quirúrgico por medio de la ligadura arterial, sería el tratamiento de elección (1)

## 2 Objetivos

-Describir el abordaje terapéutico actual ante una epistaxis.
-Enumerar las diferentes líneas de tratamiento.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando el buscador Google Académico, así como las diferentes bases de datos que son: PubMed, Dialnet, Scielo.
Las palabras claves utilizadas han sido: epistaxis nasal, hemorragia, taponamiento nasal
Los años en lo que se ha centrado la búsqueda han sido desde 2015- hasta la actualidad.
Los artículos con los que he llevado a cabo la revisión son de distinta tipología, desde revistas científicas a diferentes artículos, capítulos de libros, artículos científicos.

## 4 Resultados

Se considera epistaxis todas esas pequeñas hemorragias que se producen en el interior o mucosa de la nariz, más habitualmente en la zona anterior del tabique nasal. Su nombre proviene del sustantivo griego ἐπίσταξις = epistaxis, que significa fluir gota a gota. (sociedad española de medicina interna, 2019).
La cavidad nasal está dividida en dos zonas: cavidad nasal anterior y posterior.
Además, la nariz está irrigada por diferentes ramas arteriales y arterias, donde podemos diferencias: las ramas de la arteria esfenopalatina y la arteria palatina anterior, ambas ramas de la arteria maxilar. También contribuye al riego la arteria etmoidal posterior, procedente de la arteria carótida interna.

Por ello, debido a que zona proceda la hemorragia, podemos distinguir dos tipos de epistaxis, las cuales son: epistaxis anteriores y posteriores (2)
La epistaxis anterior es la presentación más común, al menos el 90% de las epistaxis provienen de este lugar, comprometiendo al plexo de Kiesselbach, el cual se encuentra en el tabique nasal anterior.
La epistaxis posterior es la culpable de un 10% de los casos, comprometiendo a la arteria esfenopalatina y sus arterias terminales. (1)
También podemos diferenciar el sangrado según la etiología:
- Locales dentro de las cuales se incluye la manipulación, fractura nasal o enfermedades inflamatorias o incluso neoplasias, como puede ser el angiofibroma nasofaríngeo juvenil
- Sistémicas donde podemos diferencias vasculopatías, enfermedades vasculares, cirrosis hepáticas
- Ambientales produciéndose por clima seco, o producido por un flujo continuo de aire (como puede ser el oxígeno terapéutico)
- Asociada a drogas, donde podemos destacar las drogas ilícitas administradas por vía nasal (3)

El manejo inicial de la epistaxis, se debe iniciar con una valoración según la escala ABCDE, donde en esta situación sobre todo daremos más importancia a la vía aérea, respiración y circulación.
En caso de que uno de estos eslabones de la escala este comprometido, deberemos priorizar la estabilización hemodinámica, así como la protección de la vía aérea.

A continuación veremos el manejo inmediato de la epistaxis, el paciente debe aportar una posición Fowler elevada con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante, el médico responsable realizará una revisión para localizar el punto sangrante y posteriormente una anamnesis donde recogerá sus antecedentes personales, medicación habitual, antecedentes heredofamiliares, entre otros para concluir la posible causa del sangrado
El médico responsable podrá solicitar un hemograma o coagulación, para cuantificar la pérdida de sangre y así mismo, para identificar además el grupo sanguíneo del paciente (5)

Has varias líneas de tratamiento, las cuales se realizan en forma progresiva de menor a mayor complejidad:
A. TRATAMIENTO LOCAL
El tratamiento local se realizará mediante la compresión del tercio distal de la nariz, comprimiendo el ala nasal contra el séptum nasal durante 15 minutos, en

ocasiones en esta línea de tratamiento se suele usar además el uso de vasoconstrictores impregnados en casa.
Incluso en ocasiones se utiliza el ácido tranexámico es un agente fibrinolítico, utilizado para la disminución del sangrado en distintos contextos clínicos

Dentro del tratamiento local, se puede realizar la cauterización, esta sería la última línea dentro del tratamiento local.
Para ello se debe examinar la cavidad nasal mediante rinoscopia anterior con una fuente de iluminación adecuada, explorándose el tabique nasal y paredes, buscamos hematomas y localizando el origen de la hemorragia. Para la cauterización se debe anestesiar primeramente la zona usando lidocaína o tetracaína tópica.
Existen varias formas de cauterización, puede ser química con nitrato de plata o eléctrica.
El nitrato de plata debe tocar la mucosa nasal de manera circunferencial alrededor de la zona de hemorragia, lo más importante es que debe limitarse a un área pequeña de mucosa por una mínima cantidad de tiempo, con el fin de evitar la necrosis (4,5)

B. TRATAMIENTO REGIONAL
Este tratamiento está indicado cuando las medidas de tipo local fallan. Esta línea de tratamiento se basa en la actuación sobre las aferencias vasculares, aquí nos podemos encontrar los taponamientos nasales anteriores y posteriores con los diferentes materiales existentes, los cuales pueden ser absorbibles o no absorbibles (5)
 Taponamiento absorbible, este tipo de taponamiento se recomienda en pacientes los cuales presentan medicación para la anticoagulación o antiplaquetaria (podemos destacar: la esponja de gelatina absorbible, gel de carboximetilcelulosa, ácido hialorunico
 Taponamiento no absorbible, podemos destacar tiras de gasa vaselinada, catéteres Foley

TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR
El procedimiento requiere de una fuente de iluminación adecuada, espéculo nasal, bayoneta, succionador y aplicación de anestesia local. En este taponamiento es frecuente la utilización de tiras de gasa vaselinada.
Este taponamiento se debe mantener entre 2-5 días
TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR
La colocación de dicho taponamiento, es como resultado debido a la sospecha de

fallo en el taponamiento anterior o bien que sea una epistaxis posterior.
Este tipo de taponamiento es muy doloroso, debemos tranquilizar al paciente y administrar la analgesia necesaria al mismo
Para este tipo de procedimiento, se utiliza una sonda Foley lubricada, la cual se inserta hacia la nasofaringe, acoplándose en la coana posterior y se infla el balón con 5-10 ml de agua estéril.
Todo paciente con dicho taponamiento debe estar hospitalizado y monitorizado las constantes vitales
Este taponamiento puede mantenerse de 5-10 días, al retirarlo se recomienda desinflar el globo de la sonda y mantenerlo 12-24 h en observación y si no se produce de nuevo ninguna hemorragia, retirar el taponamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

La epistaxis es una emergencia otorrinolaringológica, el origen de las epistaxis se puede dividir en causas locales y sistémicas, aunque en su gran mayoría son idiopáticas.
La mayoría de los sangrados nasales son auto-resolutivos, su manejo inicial debe ser adecuado según la escala ABCDE, y se debe evitar la repercusión hemodinámica o la obstrucción de la vía aérea, por ello el paciente debe estar en posición Fowler elevada con la cabeza hacia adelante, y se realiza como primera medica la compresión nasal con utilización de hemostáticos
El taponamiento nasal no es una medida de primera línea, y se utiliza en casos refractarios a terapia conservadora. Tanto el taponamiento nasal anterior como el posterior con sonda Foley (más comúnmente utilizado) o balón inflable. Todo paciente debe tener seguimiento por parte de un médico especialista en otorrinolaringología.

## 6 Bibliografía

1 Diaz, L. C. B., Vargas, A. O., Ruiz, S. J., Alfonso, M. L. H., & Bolaños, G. Y. B. (2021). Actualidad del abordaje de la epistaxis en niños y adultos. Scientific and Educational Medical Journal, 1(1), 33-42.
2 Romero, M. J. C., Torres, P. A. D., & Cabrera, M. A. G. (2019). Taponamiento nasal en epistaxis posterior. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, 3(3), 461-476.
3 Utrera, N., Romero, H., Salvo, E., Gauna, F., & Papuzinski, C. (2021). Epistaxis: aspectos nuevos a considerar. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza

y cuello, 81(4), 605-614.
4 Correas, N. V. M., Fallas, M. P. F., & Musa, C. Q. (2020). Epistaxis: abordaje inicial en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia, 5(05), 369-369.
5 TOVAR, D. M. A. EPISTAXIS
6 Hernández, M., Hernández, C., & Bergeret, J. P. (2005). Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuadernos de cirugía, 19(1), 54-59

## Capítulo 124

# ACTUACION ANTE EL PACIENTE GRAN QUEMADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CARLOS VERA HERVÁS

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

## 1 Introducción

La piel es el órgano más grande y fino que tenemos, además es fundamental, ya que desempeña muchas funciones. Gracias a esta, tenemos una capa de separación autorreparadora y protectora entre nuestro cuerpo y el mundo exterior.
Los pacientes con grandes quemados son tratados como una situación de trauma grave que lleva consigo una gran cantidad de complicaciones, tanto físicas como psicológicas, por ello, enfrentarse a un paciente de estas características es un reto para los profesionales sanitarios. La gran parte de las quemaduras que se son sufridas, son leves, y se pueden tratar en el centro de salud. No obstante, cuando nos ponemos a hablar de una quemadura de más envergadura la cual precisa un ingreso en un centro hospitalario, hace que sea necesaria una guía que permita al personal de enfermería, conocer los cuidados que necesitan los pacientes. Los

cuidados que necesitan estos pacientes son diferentes de cualquier otro, siendo muy específicos y son fundamentales para la correcta evolución del paciente.
Este tipo de pacientes se consideran críticos. Son muy complejos de tratar por su delicada situación vital. Se pueden ver expuestos directa o indirectamente todos los sistemas del cuerpo. La atención de los grandes quemados, a menudo, puede implicar una gran carga psicológica para el personal.
Es importante saber cuál es la función que tiene el personal de enfermería ante un quemado, ya que va a ser el primer contacto con el paciente y debe estar cualificado para identificar cualquier cambio en el enfermo.
La piel presenta dos capas principales, la epidermis (externa) y la dermis (interna).
Las quemaduras se clasifican según su causa:

- Quemaduras térmicas: este tipo de lesiones se producen por estar en contacto con elementos que están a altas temperaturas, como el vapor, los líquidos y objetos sólidos calientes o las llamas.
- Quemaduras químicas: las lesiones de este tipo llegan a destruir el tejido y continúan produciendo su efecto hasta un tiempo de 72 h. Es fundamental que sean neutralizadas para impedir su progresión, por lo que es imprescindible eliminar la sustancia química que esté causando la quemadura mediante las sustancias que sean convenientes.
- Quemaduras eléctricas: se pueden clasificar en quemaduras de bajo voltaje (<1.000 voltios) y alto voltaje (1.000 voltios o más). Este tipo de lesiones pueden llegar a provocar la muerte del paciente, ya que pueden producir una taquicardia ventricular o una parálisis de los músculos respiratorios. La gravedad de la lesión que se produce en una quemadura eléctrica, al principio, puede parecer poca. Esto se debe a que el paciente suele tener solamente pequeñas heridas de entrada y salida. Con el paso de los días es posible que se llegue a producir una lesión tisular llamado "iceberg". En la piel se observa una lesión muy pobre en su superficie, sin embargo, más profundamente hay una lesión de carácter masivo.
- Quemaduras por radiación: estas suelen causarse por la exposición a energía de radiofrecuencia o de radiación ionizante, como la luz solar, las lámparas de bronceado, los rayos X o explosiones nucleares. La radiación ionizante causa lesión tisular, esta actúa de manera directa sobre el ADN de dentro de las células.
- Quemaduras por humo o inhalación: suelen estar asociadas a las quemaduras térmicas o químicas. Si tenemos a un paciente con quemaduras térmicas hay que tener en cuenta la posibilidad de encontrar signos de quemaduras por inhalación: quemaduras en la cara, ronquera, nariz o boca con restos de hollín, esputo de con partículas de carbón, edema en los labios y chamuscamiento de las cejas o de los pelos de la nariz.

- Quemaduras por congelación: estas quemaduras provocan lesión tisular por estar expuesto a temperaturas muy bajas. Afecta a todas zonas del cuerpo que estén sin cubrir en momentos de temperaturas bajo cero. Las zonas del cuerpo que suelen ser afectadas normalmente son la barbilla, tanto los dedos de las manos como de los pies, las mejillas, los lóbulos de las orejas y la nariz. Cuando no son tratadas estas quemaduras, puede llegar a provocar necrosis de las células, gangrena, hipotermia y parada cardíaca.

También podemos clasificarlas en función de la profundidad:

- Primer grado: es afectada la primera capa de la piel, la epidermis, se pueden llamar también epidérmicas o superficiales.
- Segundo grado: es destruida la capa superficial e intermedia de la piel, que también puede clasificarse como quemadura de espesor parcial.
- Tercer grado: afecta a todas las capas de la piel y hasta pueden extenderse más allá de la piel y dañar el músculo, pueden ser clasificadas como de grosor completo profunda (cuarto grado).

## 2 Objetivos

- Dar a conocer como se debe actuar ante el ingreso de un gran quemado en el servicio de urgencias.
- Revisar las últimas revisiones sobre la manera de actuar ante las flictenas que se producen en las quemaduras.

## 3 Metodología

Para la realización de esta revisión a cerca de la actuación de enfermería ante el paciente gran quemado en el servicio de urgencias, se ha realizado una búsqueda en PubMed, Medline, Google académico y Cochrane library incluyendo artículos en Inglés y Español, que no tuvieran una antigüedad mayor a 10 años y que fueran revisiones sistemáticas, estudios experimentales, estudios de validación y meta-análisis.

## 4 Resultados

A la llegada del gran quemado se recogerá toda la información posible acerca del origen de la quemadura, tiempo de contacto con el agente causante, mecanismo del accidente para sospechar posibles lesiones asociadas, si ha ocurrido en un

lugar cerrado… Es de vital importancia saber la hora en la que el accidente es producido.
Cuando somos avisados de la llegada de un paciente a la Unidad de Quemados, se ajustarán las condiciones para ayudar a mejorar la situación vital del paciente, para ello, pondremos la temperatura del box de urgencias hasta 30º y tendremos preparado el quirófano por si este tiene que ser utilizado.
Es recomendable que, ante un paciente de este tipo, el personal esté lo más estéril posible, por lo tanto, es recomendable el uso de guantes estériles y para evitar contaminación de las heridas gorro y mascarilla.
A la llegada del servicio de urgencias se debe retirar la ropa y prendas quemadas que no estén adheridas al paciente. Se colocará al paciente en sábanas estériles y se le abrigará para impedir que pierda temperatura. Además, se deberán quitar anillos, pulseras… todos aquellos objetos que puedan comprimir alguna parte del cuerpo. Las quemaduras que llevan menos de 3 horas desde que se han producido, deben enfriarse con agua potable, esta debe estar entre 16 y 18 grados. Debe lavarse al menos durante 30 minutos.
Hay que tener en cuenta que las quemaduras, durante las primeras 48-72 horas, tienen una naturaleza inestable, por ello se deberían valorar de nuevo cada dos o tres días para, de esta manera, obtener un diagnóstico del grado y profundidad de la herida más fiable.
La manera de abordar a un gran quemado es la misma que con cualquier otro poli trauma, es decir, el ABC para así poder tener seguros la vía aérea, la respiración y la circulación.
- Valoración de la vía aérea
Lo primero que debemos hacer ante estos pacientes es conseguir manejar la vía aérea para así impedir su posible obstrucción por edema de esta. Siempre y cuando los sucesos se hayan desarrollado en lugares cerrados u observemos quemaduras en la cara y en el cuello con afectación nasal, los labios, la mucosa y presencia de ronquera progresiva, estridor y tos acompañada de esputo con restos de hollín, se debe sospechar de una posible afectación de la vía aérea superior. En estos casos, la intubación es casi siempre necesaria, por lo que deberemos estar preparados para ello.
- Respiración
El indicador que se mira para ver si hay intoxicación por monóxido de carbono es la carboxihemoglobina, si esta se encuentra alta y además el paciente tiene una acidosis metabólica perenne, se entiende que se ha intoxicado. Ante esta situación debemos proporcionar al 100% oxígeno hasta que solucionemos la intoxicación por monóxido de carbono. Para el correcto mantenimiento de la vía

aérea deberemos aspirar las secreciones, ya que estos pacientes suelen tener una gran cantidad de estas.

- Circulación: deberemos coger 2 vías venosas de calibre lo más grueso posible, para garantizar una reposición hídrica lo más rápida posible, está es preferible ponerla en las extremidades superiores en una zona no lesionada. Mejor canalizar la vena y no diseccionarla, además debemos intentar no poner la vía en los miembros inferiores, hay que intentar evitarlo por el riesgo que puede suponer de tromboflebitis séptica.

En las recomendaciones de los pacientes que tienen quemaduras superficiales que abarcan más del 30% o profundas de más del 15%, debemos siempre intentar tener:

- Catéter para medir la presión venosa central o arterial con un catéter arterial, ya que se precisan análisis de gases arteriales frecuentes y se necesita tener controlados estas 2 presiones para su control hemodinámico.
- Sonda vesical y control de diuresis para de esta manera obtener un balance hídrico. El ritmo de diuresis debe de ser 0,5 ml/h/Kg y en una quemadura eléctrica, de 1 ml/h/Kg. También nos puede servir para medir la presión intrabdominal.
- Sonda nasogástrica u orogástrica para la nutrición y descompresión.

La reposición de líquidos es primordial en pacientes con quemaduras, más incluso que en otro tipo de patologías. El shock de provocan las quemaduras son una mezcla de shock celular e hipovolémico.

Según los estudios obtenidos se puede afirmar que el suministro de cristaloides (Ringer Lactato) durante las primeras 24 a 72 horas reduce la mortalidad de los pacientes.

A la llegada del paciente se empezará la monitorización teniendo en cuenta, frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación de O2, presión arterial, Electrocardiograma o ECG y se realizará la escala de Glasgow. El ECG, es esencial en las quemaduras eléctricas, por las alteraciones cardiacas que puede provocar la corriente a la que llega a ser sometido el paciente.

Se debe valorar el dolor, se administrará la analgesia intravenosa si precisara de ella y se comenzará con la reanimación hídrica, se administrará Ringer Lactato más Albúmina 20% pasando a la vez. No está aconsejada la administración de antibióticos de manera profiláctica, a no ser que haya infección manifiesta.

Colocaremos al paciente en una bañera, para, de esta manera, lavar las heridas con una solución antiséptica y agua a la temperatura indicada, siempre mediante arrastre, para así ir quitando la suciedad, además de cuerpos extraños y tejido desvitalizado, ya que es inservible y puede llegar a provocar alguna infección.

En las quemaduras químicas, más que en cualquier otro tipo de quemaduras,

debemos tener mucho cuidado a la hora de realizar el lavado, para no extender el producto, que ha provocado la quemadura, a zonas sanas provocando nuevas lesiones.
Cuando hablamos del desbridamiento de flictenas presentes en las quemaduras de estos pacientes, podemos ver que hay muchas opiniones y controversia sobre esta técnica. Según la información recogida se puede decir que la evidencia científica recomienda desbridarlas por:
- Vamos a ser capaces de ver el lecho de la herida, ya que puede ser más grave de lo que nos pensamos pudiendo llegar a ser una quemadura a espesor completo.
- En ciertas partes del cuerpo, este tejido desvitalizado puede ser doloroso para el paciente, por lo que su retirada ayuda a calmar el dolor.
- Hay veces que pueden ejercer tal presión que llegue a provocar estasis vascular, llegando incluso a necrosarse, además de producir dolor por presionar terminaciones nerviosas.
- La exposición del lecho de la ampolla permite que la acción de los fármacos tópicos empleados para su tratamiento se vea mejorado.
- Factor de necrosis tumoral que no facilita la epitelización al provocar inflamación sistémica.

## 5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras requieren un manejo preciso, para ello debe haber personal preparado y experimentado. Está demostrado que los conocimientos sobre la suficiente formación en el manejo de esta patología no son suficientes.
Normalmente, los pacientes, en primera instancia son atendidos en centros de salud y emergencias antes de ser trasladados a las unidades de quemados especializadas, su manejo adecuado va a ser determinante a la hora de una buena evolución clínica y pronóstico. Por ello, debe haber más formación sobre el manejo de quemaduras, no solo por el gran trauma presente en el paciente, sino además por el gran impacto económico y social llevan consigo estas lesiones.
Es un tema poco estudiado, por lo que no hay muchos datos sobre el tema. Por ello sería interesante que hubiera más información sobre el manejo de este tipo de pacientes.
En unidades de quemados es necesario personal sanitario formado en el tema y con experiencia en este tipo de zonas hospitalarias tan especializadas. La experiencia es complicada de adquirir, ya que, como ya he mencionado antes, los conocimientos sobre la atención a estos pacientes son pocos y, además un reducido número de ciudades y hospitales cuentan con estas unidades.

Queda también demostrado que el desbridamiento del tejido desvitalizado de las quemaduras mejora y acelera la recuperación del paciente, siendo indiferente la profundidad y gravedad de la herida.
Como ya he comentado previamente, una rápida actuación hace que el pronóstico de paciente sea mejor. Por ello, es necesario que el personal de urgencias sepa manejar a estos pacientes en cuando les llegue un paciente de estas características, aunque luego sea trasladado.

# 6 Bibliografía

1. Ramirez P. Estudio de los procesos fisiológicos que producen las [Internet]. Codem.es. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1531CF3E-4418-469C-88E3-8591904913B8/4261b58d-7022-4b09-b8b3-539683c3d26b/Actuacion_Enfermeria_Urgencias_Quemados_t.pdf
2. Carolina Pérez D. MANEJO DEL PACIENTE QUEMADO EN URGENCIAS [Internet]. Comib.com. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.comib.com/wp-content/uploads/2017/05/18-05-17-manejo-del-paciente-quemado.pdf
3. Cuidados en los pacientes quemados [Internet]. Elsevier.es. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538214000855
4. Ángel M, Fernández M, Carmen M, Raigoso P. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO EN LA UNIDAD DEL HURH [Internet]. Uva.es. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24718/TFG-H965.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Brenes IM. Gran quemado - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2022 [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-pediatria/emergencias/gran-quemado/
6. Aristizábal V. LA. ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE QUEMADO EN URGENCIAS [Internet]. Edu.co. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/3f028b47-ef2f-4cca-9b31-79d30bc1aa4f/content#::text=Remover%20la%20fuente%20de%20calor,y%20otros%20que%20puedan%20comprimir.
7. Mmu T, Fpe A, Andúgar J, Flores E. MANEJO DEL PACIENTE QUEMADO GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO [Internet]. Umh.es. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/28813/1/ANDUGAR%20ROCAMORA%2c%20JOAQUIN_TFM.pdf

8. Vista de Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y manejo del paciente quemado [Internet]. Dominiodelasciencias.com. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3565/7839

## Capítulo 125

# ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS MUSCULO-ESQUELÉTICAS: ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS FRACTURAS

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

## 1 Introducción

Se denomina fractura a toda ruptura de continuidad de tejido óseo o cartilaginoso. Este término comprende desde las fracturas conminutas hasta las fracturas del trazo capilar o incluso al microscopio. Al conjunto de la lesión ósea y de partes blandas circundantes lesionadas se les denomina foco de fractura.

Las manifestaciones clínicas son: dolor, tumefacción e impotencia funcional. Además, aparece: deformidad, crepito óseo y movilidad en el foco de fractura, movilidad anormal, hemorragia, y equimosis.

Es importante realizar un buen diagnóstico a través de las pruebas de imagen para aplicar el mejor tratamiento en cada tipo de fractura y evitar así las complicaciones. Estas son frecuentes y se pueden clasificar en dos grupos:

1. Generales:

- Shock postraumático (neurogénico, hipovolémico, cardiogénico…)
- Trombosis venosa profunda, la cual puede derivar en embolia pulmonar.

- Coagulación intravascular diseminada.
- Síndrome de embolia grasa: generalmente se asocia con las fracturas cerradas de huesos largos de MMII y fracturas de pelvis inestables. Es un cuadro clínico generalizado debido a la oclusión de los vasos sanguíneos por glóbulos de grasa, y, tiene alta morbilidad y mortalidad en pacientes politraumatizados.
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda postraumático.
- Fallos multiorgánicos y multisistémicos relacionados con complicaciones infecciosas.
- Tétanos: muy común como resultado de una fractura cerrada de tibia y peroné.
- Complicaciones psiquiátricas.

2. Locales:
- Fracturas abiertas con lesiones vasculares, nerviosas y/o músculo tendinosas.
- Síndrome compartimental.
- Infecciones generalizadas (osteomielitis, artritis sépticas…)
- Alteración del proceso de consolidación
- Necrosis avascular.
- Artrosis postraumática
- Miositis osificante: se produce un crecimiento anormal de tejido óseo en el músculo, normalmente asociado a un traumatismo. Las áreas afectadas más comunes son las nalgas, hombros, codos y muslos.
- Síndrome de dolor regional complejo o Distrofia simpático-refleja.
- Rigidez articular.
- Alteración del crecimiento longitudinal de los huesos por lesión fisaria: se debe a las fracturas de la placa de crecimiento, las cuales están situadas en los extremos de los huesos.

## 2 Objetivos

- Exponer brevemente los tipos de fractura descritos hasta la actualidad.
- Analizar los factores que influyen en el proceso de consolidación ósea.
- Dar a conocer los tratamientos más eficaces para el abordaje y recuperación de las fracturas.

## 3 Metodología

Este capítulo ofrece una revisión narrativa de la literatura científica existente, realizada a través de la búsqueda de bibliografía en las diferentes plataformas y

bases de datos, tales como PubMed, Google académico, Scielo y Biblioteca Virtual de la Salud. Así mismo se recoge información en manuales de traumatología.

## 4 Resultados

1. Tipos de fracturas.
Existen diferentes clasificaciones:
1.1. Según su etiología:
- Patológicas: cuando hay una enfermedad de base como artrosis o metástasis cancerosa.
- Traumáticas: a través de un traumatismo directo o indirecto.
- Obstétricas: durante el embarazo o durante el parto.
- Por fatiga de marcha o estrés: cuando el estímulo mecánico adverso es aplicado de forma prolongada e intermitente en el tiempo.
1.2. Según la extensión del trazo:
- Completa: afecta a todo el hueso, incluido periostio.
- Incompleta: se afecta una parte del hueso; se trata de las fisuras, las fracturas en tallo verde y las fracturas en rodete.
1.3. Según su exposición:
- Cerrada o simple: No presenta rotura de la piel, la parte ósea no comunica con el exterior.
- Abierta o expuesta: la piel está perforada y el foco de fractura se halla en contacto con el medio ambiente; puede ser: contaminada (< 6 horas), infectada (> 6 horas) o complicada si existe afectación de un órgano interno.
1.4. Según su mecanismo de producción:
- Mecanismo directo: la fractura se produce en el lugar concreto donde se ha recibido el impacto.
- Mecanismo indirecto: la fractura se produce en un lugar diferente al del traumatismo; pueden ser por tensión o tracción, compresión, torsión, flexión y cizallamiento.
1.5. Según el número de fragmentos:
- Bifragmentada.
- Trifragmentada.
- Conminuta: fractura del hueso en 3 fragmentos inestables o más de 3 fragmentos.
1.6. Según la estabilidad de la fractura:
- Estables: tras su reducción no suelen desplazarse, son fracturas simples.

- Inestables: presentan tendencia al desplazamiento tras la reducción, plurifragmentadas.

2. Factores que intervienen en la consolidación:
- La carga:
Una inmovilización funcional que permita la movilidad relativa del foco de fractura estimula la formación del callo óseo y el proceso de readaptación y rehabilitación provocan una compresión intermitente que es beneficiosa para la orientación de las trabéculas.
- El tipo de hueso afectado:
El hueso esponjoso tiene una consolidación más rápida debido a su riqueza vascular y celular, por tanto, los huesos que contengan mayor cantidad de tejido esponjoso consolidarán mejor (huesos largos y planos).
- Lesión de partes blandas:
A mayor gravedad del traumatismo, mayor lesión de partes blandas; en consecuencia, el proceso de consolidación se producirá con mayor lentitud.
- Tipo de fractura:
Fracturas conminuta, la pérdida de sustancia ósea, el desplazamiento grave de los fragmentos y los focos de fractura abiertos retrasan el proceso.
- El tratamiento:
Las técnicas que comprometen y deterioran la vascularización ósea, influyen en todo el proceso de reparación de las fracturas.
- Factores sistémicos:
La edad, las hormonas, la nutrición y el consumo de tóxicos y diferentes medicamentos influyen en la consolidación.

3. Tratamientos:
El tratamiento de las fracturas puede esquematizarse en dos etapas:
• Etapa 1: Tratamiento de urgencia:
Se contemplan 3 fases:
1. Medidas Generales encaminadas a salvar la vida del paciente que consisten en mantener la permeabilidad de las vías aéreas, RCP si presenta parada cardiaca y evitar la hemorragia masiva con vendajes compresivos evitando siempre que sea posible los torniquetes.
2. Inmovilización Provisional que, aunque suele ser olvidada, es fundamental para no agravar la lesión de partes blandas, disminuir el dolor, facilitar el transporte y reducir el riesgo de shock.
3. Transporte Adecuado hasta un centro hospitalario, evitando riesgos durante el traslado, realizándose de forma rápida y cómoda para el paciente.

• Etapa 2: Tratamiento local:
El objetivo es conseguir la máxima recuperación funcional del segmento involucrado mediante el establecimiento de condiciones que faciliten los procesos biológicos normales de consolidación. Para ello se contemplan dos modalidades de tratamiento:
- Tratamiento conservador u ortopédico:
Se contemplan todos los gestos terapéuticos, incluyendo la abstención o la reducción de la actividad física, que no requieren actuación quirúrgica. Determinadas fracturas requieren únicamente la estabilización mediante: cerclaje o sindactilización, férulas, vendajes enyesados, circulares, tracción cutánea o esquelética.
- Tratamiento quirúrgico:
Supone la estabilización de la fractura mediante abordaje quirúrgico del paciente, lo cual no siempre significa la apertura quirúrgica del foco de fractura en sí. Esto se realiza mediante fijaciones externas o internas (osteosíntesis).

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar el éxito del tratamiento es esencial realizar una valoración exhaustiva que permita un diagnóstico correcto para la elección del tratamiento óptimo en cada caso. Prevenir las complicaciones es también un aspecto esencial, los cuidados de enfermería durante las etapas hospitalarias y la rehabilitación física y funcional proporcionará calidad al abordaje del paciente y acelerará su recuperación.
La prioridad fundamental en el paciente traumatizado es salvar su vida, después salvar la extremidad afectada y, si se ha tenido éxito, restablecer la funcionalidad en el menor tiempo posible.
Las dos modalidades de tratamiento local se aplican dependiendo del tipo de fractura, según su exposición (cerradas y abiertas) y según su pronóstico, aunque la evidencia científica muestra que los principios generales de tratamiento local son sencillos y aplicables a todo tipo de fractura: reducción, inmovilización y rehabilitación funcional.

## 6 Bibliografía

1. Vera JJG, Palomo JMG. Capítulo 47 - Clasificación de fracturas. Principios generales.

2. fractgen.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/fractgen.pdf.
3. manual-cto-traumatologia.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: https://pixelacademia.files.wordpress.com/2011/06/manual-cto-traumatologia.pdf.
5. Lucena J, Salguero M, Rico A, Blanco M, Marín R, Barrero E, et al. Embolia grasa como complicación de politraumatismo por precipitación autolítica. Cuad Med Forense. abril de 2005;(40):131-7.
6. Tétanos generalizado como complicación de fractura cerrada de tibia y peroné [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php.
7. Síndrome compartimental - Traumatismos y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/fracturas/s%C3%ADndrome-compartimental.
8. Miositis Osificante. Qué es y cuáles son sus síntomas y su tratamiento [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.fisioterapia-online.com/articulos/miositis-osificante-que-es-y-cuales-son-sus-sintomas-y-su-tratamiento.

## Capítulo 126

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ARANTZATZU MUÑOZ SÁNCHEZ

ESTEFANÍA RAMÍREZ BORJA

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

MERCEDES MEGIA CAMACHO

## 1 Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una forma de tromboembolia venosa y se puede definir como, la formación de un trombo en el sistema venoso profundo y su posterior transformación en émbolo para viajar por el torrente sanguíneo hasta llegar al pulmón. Para ello, el émbolo realiza un recorrido desde los miembros inferiores donde se originó, pasando por la vena cava, la aurícula y el ventrículo derecho para finalmente, introducirse en la circulación arterial pulmonar, lo que acaba generando problemas en el intercambio gaseoso a nivel de los alvéolos.

Esta enfermedad tiene una mayor prevalencia en hombres y se localiza con mayor frecuencia en el pulmón derecho, especialmente en los lóbulos inferiores.

Es una patología potencialmente mortal y muy infradiagnosticada, debido a que los síntomas no son específicos y existen una gran variedad de manifestaciones clínicas.

Es la tercera causa de mortalidad dentro de las enfermedades cardiovasculares superada solo por la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. Su mortalidad es baja siempre que se diagnostica, menor a un 5%, y se da el tratamiento correspondiente. Por el contrario, si no se consigue realizar el diagnóstico y, por lo tanto, no se administra el tratamiento adecuado la mortalidad asciende hasta un 25%.

## 2 Objetivos

-Identificar los factores de riesgo del TEP.
-Conocer los signos y síntomas del TEP.
-Describir los cuidados de enfermería del TEP.

## 3 Metodología

Para realizar este capítulo, se han revisado artículos de revisión de diferentes bases de datos como son Google Académico y Scielo. También se ha realizado búsqueda en diferentes libros.
Los artículos investigados con fecha de publicación anterior al año 2017.

## 4 Resultados

FACTORES DE RIESGO
Adquiridos
-No provocadores: Edad mayor a 40 años, obesidad, fumar, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus. Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva o accidente vascular cerebral entre muchos.
-Provocadores: Traumatismos, cirugía mayor, canalización de vías centrales, inmovilización prolongada, neoplasias, anticonceptivos orales, varices, embarazo entre otras.
Heredados
-Resistencia a la proteína C activada.
-Déficit de proteína C.
-Déficit de proteína S.
-Déficit de antitrombina III.
-Déficit de plasminógeno.
-Exceso de inhibidor del activador del plasminógeno.

-Hiperhomocisteinemia.

CLÍNICA

Síntomas

-Disnea
-Dolor torácico
-Ansiedad
-Tos
-Hemoptisis
-Sudoración
-Síncope
-En algunas ocasiones también puede sufrir palpitaciones, frialdad, dolor en miembros inferiores (MMII).

Signos

-Taquipnea
-Taquicardia
-Ingurgitación yugular
-Tiraje respiratorio
-Estertores pulmonares
-Fiebre
-Cianosis

Dependiendo de la gravedad del TEP aparecen de una forma más leve o más grave. Especialmente la disnea, el dolor o el tiraje respiratorio.

-TEP menor: se produce por un émbolo pequeño, apenas presenta síntomas. El paciente está taquipneico y con ligeras molestias. El gasto cardíaco se mantiene y el intercambio gaseoso no se ve comprometido.

-TEP masiva: existe una obstrucción pulmonar superior al 50%. El paciente se encuentra cianótico, presenta hipoxemia y disnea. Además, el gasto cardíaco queda reducido.

-TEP submasiva: hay varios émbolos de tamaños diferentes, que llevan acumulándose más de una semana. Presenta disnea y mayor dificultad al realizar deporte.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TEP

La enfermera debe evitar cualquier complicación, las principales actividades de las que se encarga son:

-Evitar el dolor mediante analgesia.
-Escuchar ruidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros ruidos que puedan implicar gravedad.
-Observar la respiración.
-Observar síntomas de insuficiencia respiratoria o falta de oxígeno.

-Vigilar resultados analíticos.
-Enseñar a la familia.
-Calmar al paciente.
-Extracción gasometría arterial.
-Administrar anticoagulantes si precisa.
-Vigilar efectos secundarios.

## 5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importancia de detectar el tromboembolismo pulmonar, puesto que un diagnóstico a tiempo disminuye con creces la mortalidad de esta patología cardiovascular.
También hay que recalcar lo destacable del papel de la enfermería, ya que somos los que más tiempo vamos a estar cerca del paciente. Estando pendientes de cualquier signo o síntoma que pueda indicar gravedad, como la falta de oxígeno, la coloración y la temperatura de la piel o la taquicardia entre otros.
Es necesario, que se realice un trabajo multidisciplinar junto al resto del equipo para que el paciente tenga una rápida y adecuada recuperación.

## 6 Bibliografía

1.Piñar Sancho G, Abarca Zúñiga V, Moya Corea S. Diagnóstico y manejo actualizado del tromboembolismo pulmonar agudo. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de enero de 2021;6(1):e633. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/633
2.Arias-Rodríguez Fabián D., Armijos-Quintero Daniel A., Beltrán-Vinueza Pamela A., Córdova-Macías Daniela V., Guadamud-Loor Jorge X., Osejos-Moreira Walter D. et al . Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. Rev. mex. angiol. [revista en la Internet]. 2022 Sep [citado 2023 Oct 03] ; 50( 3 ): 96-109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2022000300096&lng=es.
Epub 13-Oct-2022. https://doi.org/10.24875/rma.22000018.
3.Gómez Melo, L. D., González Pérez , C. A., León Bernal , D., Maldonado Velasco, A. S., Ramírez Rodríguez , J. E., & Ortiz, M. I. (2022). Tromboembolia Pulmonar. Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo, 10(20), 181-187. https://doi.org/10.29057/icsa.v10i20.839

## Capítulo 127

# IMPACTO DE LAS LESIONES FÍSICAS SOBRE LA POBLACIÓN QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

## 1 Introducción

La Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno, define al accidente de tráfico como: "el accidente que se produce o tiene su origen en una de las vías o terrenos objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial que, como consecuencia del mismo, una o varias personas resulten muertas o heridas o que se produzcan daños materiales y en el cual está implicado, al menos, un vehículo en movimiento."
Los accidentes de tránsito, representan un problema de salud pública a nivel nacional y regional, ocasionando pérdidas de vidas humanas.
Según la OMS, cada año se pierden aproximadamente 1,35 millones de vidas en accidentes de tráfico. Entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y muchos de esos traumatismos provocan una discapacidad.
Las lesiones en general, y las de tráfico en particular, han sido las grandes olvidadas de la salud pública, a pesar de ser una de las principales causas de pérdida de años potenciales y de calidad de vida en nuestro país.

Con este capítulo pretendemos mejorar la atención para proporcionar una atención de calidad a los pacientes que han sufrido accidentes de tráfico.

## 2 Objetivos

Como objetivos de este artículo nos hemos planteado los siguientes: Explicar los conceptos fundamentales sobre accidentes de tráfico, definir la importancia del tipo de lesiones que se pueden producir y conocer el tiempo de recuperación.

## 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: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previo a la consulta de esta base de datos se ha realizado una búsqueda genérica en Google Académico.

## 4 Resultados

El accidente de tráfico es un suceso eventual (Sujeto a circunstancias), que se produce debido al tráfico, en que interviene alguna unidad de circulación y como resultado del cual se produce la muerte o lesiones en las personas. Es debido a esto que es complicado encontrar una única definición capaz de incorporar todos los factores que convergen en un accidente de tráfico.
Si hacemos referencia a estudios sobre las variables sexo y edad, se observa que los hombres mantienen un comportamiento notoriamente superior al de las mujeres en la carretera, esto se sostiene mayormente mediante creencias y valores socioculturales, correr riesgos es una manera en la que muchos hombres demuestran su virilidad. Por el contrario, ser prudente, tener hábitos saludables o solicitar ayuda a los servicios de salud, están más asociados a la población femenina. Es por ello que la OMS concluyó que la masculinidad podía ser dañina para la salud.
En general, a igual edad del conductor las mujeres sufren menos accidentes con daños a terceras personas con el coche que los hombres. La diferencia más notable se da en el caso de los hombres menos de 30 años, quienes tienen un 25% más de accidentes que las mujeres de la misma edad. Aunque si bien es cierto que

a medida que aumenta la edad de los conductores tanto hombres como mujeres la diferencia tiene a igualarse.
Las lesiones traumáticas alcanzan rangos desde contusiones de pequeño calibre que se producen de forma aislada a heridas complejas que agrupan multitud de órganos y son uno de los principales problemas de Salud Pública, tanto en términos económicos como en el tipo de secuelas que producen. Este tipo de problemas en países desarrollados e industrializados se podría considerar como una epidemia.
El principal objetivo está basado en la prevención eficaz para así poder reducir el número de accidentes de tráfico y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria del personal sanitario.
Pero además otros objetivos que hay que plantearse son: limitar la gravedad del traumatismo y del sufrimiento que ocasiona y lograr una óptima evolución de los supervivientes y su reintegración en la comunidad.
Para ello, toda persona que se vea involucrada en la detección del accidente de tráfico debe colaborar en la medida de lo posible pero hasta el punto en que lleguen sus conocimientos, con esto me refiero, a que aquellas personas que tienen conocimientos mínimos sobre el tema no deben actuar como un médico o un enfermero.
Para lograr estos objetivos es necesario:
- Disminuir la mortalidad y las secuelas del paciente accidentado de tráfico.
- Concienciar a la ciudadanía de la importancia de las medidas preventivas de los accidentes de tráfico.
- Incrementar los niveles de seguridad de todo personal que interviene en la respuesta asistencial al accidentado.
- Primera atención en Urgencias (24 horas).
- Seguimiento y asistencia al lesionado.
- Realización de las pruebas diagnósticas prescritas por el especialista
- Iniciar el proceso en cuanto sea posible de rehabilitación y fisioterapia.

Las secuelas se han hecho más severas, han aumentado su mortalidad y con ello también se ha incrementado su incidencia. Y así lo demuestran las cifras.
Las lesiones más comunes tras sufrir un accidente de tráfico suelen ser leves o moderadas, no llegando a recibir mucha importancia a nivel terapéutico. El problema está en que esas lesiones, por pequeñas que sean, pueden llegar consigo algún tipo de secuelas que le provoquen a la víctima graves perjuicios. Aunque si bien es cierto que la mayoría de las secuelas que quedan tras un accidente de tráfico son en su mayor medida de carácter leve (dolores, mareo, vértigos temporales, etc.), casi un 2,4% son graves o muy graves (Problemas físicos o psíquicos

tales como la pérdida de visión, la pérdida total de la movilidad. La pérdida total de audición o la amputación de alguna extremidad, etc.) Se ha observado además que hasta un 85% de todas las personas que han sufrido un accidente de tráfico y han necesitado hospitalización sufrirán algún tipo de secuela permanente y, de todos los lesionados el 14% se quedará con algún tipo de secuela o limitación de por vida.

Es de común conocimiento que incluso los accidentes de tráfico más leves suelen producir lesiones físicas. Las lesiones más comunes que suelen tener secuelas en las víctimas de los accidentes de tráfico, si no son tratadas correctamente desde el principio son:

- Cervicalgia: se conoce como el látigo cervical y cursa con un dolor de cuello que afecta a la nuca y a las vértebras cervicales. Puede ir desde una leve molestia hasta un dolor intenso. A veces el dolor se extiende a la cabeza o parte alta de la espalda.
- Fracturas: cuando hay un accidente de tráfico, lo habitual es que haya también fracturas, y estas pueden ser muy variadas.

Según un análisis de estos eventos, el tiempo que tarda un lesionado en estabilizarse de media tras un accidente de tráfico es de 63 días, de los cuales los heridos graves necesitarán más de seis meses para volver a sus quehaceres aunque no todos podrán volver a realizar sus quehaceres habituales. En contraposición con los 86 días que necesitan las personas que han sufrido una lesión moderada y los 57 días que requieren las bajas más leves.

En cuanto al tiempo de recuperación, cuatro de cada diez lesionados en accidentes de tráfico necesitan más de un mes de recuperación para volver a sus actividades de la vida diaria y aun así la recuperación física de estas lesiones no siempre se realiza de una forma completa, es muy importante el ponerse en manos de un especialista para ayudar en la mejora de la evolución.

## 5 Discusión-Conclusión

Actualmente los accidentes de tráfico constituyen un grave problema de salud pública en todo el mundo, ya que estos ocasionan un alto número de víctimas y personas que se lesionan, personas que mueren de forma prematura, alteraciones psicológicas que son en determinadas ocasiones de por vida, etc.

Determinados estudios afirman que el mayor peligro en la carretera lo constituyen hombres menores de treinta años, quienes en concreto tienen un 25% de posibilidades de cometer un accidente de tráfico que las mujeres de la misma edad. Pero a medida que aumentan los años la diferencia se iguala para ambos

sexos.

Los accidentes de tráfico pueden llegar a cambiar de forma drástica la vida de una persona, pudiendo hacerla completamente dependiente ya sea debido a una lesión física o a secuelas psicológicas. Es por ello, que la atención al accidentado en el área de todos los profesionales implicados debe encaminarse a limitar el sufrimiento de la persona, prevenir que esta fallezca y ayudarle a alcanzar una óptima evolución para finalmente reintegrarse en la sociedad.

## 6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de enfermería en Hospitalización polivalente de agudos Estándares y recomendaciones. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion
/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf Stopaccidentes.org [Internet]. Madrid; 2012. Guía de ayuda a los afectados en accidentes de tráfico. Disponible en: http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIADE-AYUDA-A-LOS-AFECTADOS-DEACCIDENTES-DE-TRAFICO.pdf

2. Mercedes Garnica Álvarez. Atención de enfermería en accidentes de tráfico a propósito de un caso clínico (TFG). Jaén: 2015. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/
1655/1/TFG_Mercedes_Garnica_Alvar ez.pdf

## Capítulo 128

# TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

ENRIQUE GONZÁLEZ PEREZ OLIVARES

ALEJANDRO GINÉS RUBIO ALCANTUD

PAULA IRENE MARTÍN ÁVILA

ELISABETH LEÑADOR PÉREZ

MARIO SANCHEZ NAVIO

## 1 Introducción

Las transfusiones de sangre son un proceso instaurado dentro del campo de la medicina que se realiza de manera rutinaria, caracterizado por la donación de sangre venosa de un paciente a otro a través de un tubo estrecho que se sitúa en una vena del brazo.
De esta forma, se trata de un procedimiento que salva vidas pues es necesario en aquellos casos en los que se haya producido una disminución del volumen sanguíneo como una lesión, proceso quirúrgico, enfermedades o trastornos hemorrágicos y, por tanto, sea necesario restaurar la cantidad de sangre para un correcto mantenimiento del organismo y, así, de la vida.
Las transfusiones incorporan al organismo los componentes sanguíneos necesarios.
Sabemos que la sangre está constituida por glóbulos rojos (transportan oxígeno y eliminan desechos), glóbulos blancos (ayudan en la lucha contra las infecciones),

plasma y plaquetas (favorecen la coagulación sanguínea), siendo el componente que mayor número de ocasiones se transfiere el primero, glóbulos rojos. En otras ocasiones, las transfusiones se realizan de todos los componentes, pero es menos frecuente. También, existen transfusiones únicamente de plasma o plaquetas.
Normalmente, esta técnica no suele ocasionar complicaciones de forma general y, en el supuesto de que aparecieran, no serían de extrema gravedad, sino que se podrían solventarse sin mayores riesgos.
Esta técnica consiste en introducir sangre donada por otra persona previamente en el torrente sanguíneo de la persona que lo necesita mediante vía intravenosa. Esta transfusión puede hacerse de sangre total, donde se transfunde todos los componentes de la sangre junto con el plasma en pacientes con hemorragia grave, o como concentrado de hematíes, preparado de glóbulos rojos con cantidad pequeña de líquido que se administra en el supuesto de que al paciente en cuestión le sea necesario reponer células sanguíneas, es decir, paciente anémico grave; concentrado de plaquetas (en pacientes con trombopenia, nivel bajo de plaquetas) o plasma, se transfunde únicamente el componente líquido de la sangre. Esta última se realiza cuando es necesario reponer el componente sanguíneo sin células como pacientes con enfermedades relacionadas con los factores de coagulación o sangrado hepático.
Evidentemente, para llevar a cabo cualquier tipo de transfusión es necesario que exista compatibilidad entre el donante y el receptor, con el objetivo de evadir un posible rechazo por parte del paciente al que se le ha transfundido la sangre.
Por otro lado, es importante destacar el consentimiento informado. En este debe estar especificada toda la información que debo conocer acerca del proceso. Se debe informar sobre los riesgo y complicaciones, la utilidad del procedimiento, mi estado antes y después del mismo, así como las indicaciones y todo lo que se me va a realizar.
Si bien es cierto, en casos de urgencia no da tiempo a que el paciente dé su consentimiento por lo que, o bien está registrado este hecho de forma visible para que los profesionales sanitarios sean conscientes de ello, o se realizará sin el previo consentimiento del paciente, como medio imprescindible para salvar la vida.

## 2 Objetivos

- Conocer las indicaciones para una transfusión.
- Definir los tipos de transfusiones que se realizan.
- Aprender los cuidados de enfermería en las transfusiones.

## 3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica, llevando a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Dialnet, y en el buscador Google académico. Se han escogido capítulos de libros y artículos científicos.

## 4 Resultados

En función de los hemoderivados de las transfusiones sanguínea se pueden clasificar en:
Concentrados de hematíes CH:
- Formada por hematíes, conservante y hemoglobina
- Se utilizan en caso de anemia glóbulos rojos. La finalidad es aumentar el transporte de oxígeno en los tejidos.

Concentrados de plaquetas CP: se utilizan en casos de una disminución de plaquetas para frenar las hemorragias, por ejemplo, antes de una cirugía invasiva. Pueden ser de dos tipos:
- Mezclas de concentrados de plaquetas: surgen debido a una mezcla de suspensiones de plaquetas que proceden del procesamiento de varias unidades de sangre
- Plaquetas obtenidas por aféresis: proceden de una sola donación y se obtiene mediante el uso de un separador celular automático.

Plasma fresco congelado: es un componente de la sangre formado por todos los factores de coagulación, albúmina y globulinas. En algunos casos sufre un proceso de aféresis.
Se utilizan cuando hay una disminución de los factores de coagulación o si se ve reducido el volumen plasmático. Por ejemplo, en cirugías cardiovasculares para disminuir las hemorragias o en casos de coagulación extravascular diseminada. Puede ser:
- Plasma inactivo: cuando es tratado con Azul de Metileno e iluminación, lo que provoca una inactivación de la carga viral.
- Plasma cuarentenado: se hacen una serie de pruebas para determinar agentes infecciosos tomando dos determinaciones del donante y con una diferencia de tiempo de 4 meses
- Crioprecipitado: es un componente plasmático que se obtiene a partir del plasma fresco y se queda insoluble cuando es descongelado. Está formado por fibrinógeno y otros factores de la coagulación.

Indicaciones

Para que una transfusión pueda llevarse a cabo, deben pasar una serie de procesos; en primer lugar, que el donante sea compatible y apto para la donación, los procesos de análisis a los que se somete la sangre y su mantenimiento hasta que llegue a su respectivo receptor.

Las indicaciones en la anemia hemorrágica aguda, no siempre se debe realizar una transfusión, dependerá en su mayoría de los signos y síntomas del paciente. En general, se lleva a cabo una transfusión cuando se aprecian los siguientes parámetros.

- Hematocrito menor al 24%.
- Hemorragia inminente/activa.
- Riesgo cardiovascular y/o signos de hipoxemia (disnea. cianosis…).

Por otro lado, en la anemia hemorrágica crónica, existe un algoritmo que ayuda a guiar al profesional. El primer factor a tener en cuenta según dicho algoritmo sería el hematocrito y la hemoglobina:

- Si Hto.: 24-27% y Hb.: 8-9 g/dl ⟶ Evaluación clínica.
- Si Hto.: >27% y Hb.: >9 g/dl ⟶ No transfusión (a criterio médico).

En el caso de la pediatría, se divide en tres grandes grupos según la edad: prematuros, menores de 4 meses, mayores de 4 meses. La indicación de una transfusión es muy rigurosa y específica según los signos y síntomas que se padezcan, por tanto, es complicado su desarrollo.

Las indicaciones en la transfusión de plaquetas se presentan en tres:

-Hemorragias que provocan el descenso plaquetario (recuento inferior a 50x109/l).
- Pacientes politraumatizadas y transfusión masiva: el objetivo es mantener un recuento plaquetario de mayor a 75 x 109/L.
- Padecimiento de coagulación intravascular diseminada, mantenimiento de una cifra de plaquetas mayor a 50 x 109/L.

Cuidados de enfermería.

El profesional de enfermería acompaña al paciente en todo el proceso de transfusión sanguínea, el fin principal de estos cuidados enfermeros es proporcionar seguridad al paciente durante el proceso.

La enfermera está presente en el proceso de pre-tranfusión, durante el proceso y en la post-transfusión.

Fase pre-transfusión.

- Identificación del paciente (nº historia clínica, nombre, edad, nº cama…)
- Diagnóstico médico y motivo de la transfusión.
- Componentes que transfundir, unidades o cantidad.
- Escribir grupo sanguíneo.

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes
- Establecer un acceso endovenoso: vía venosa exclusiva para la transfusión.
- Valorar la frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura, estado general del paciente, eliminación urinaria e ingesta de líquidos.
- Anotar fecha y hora.

Fase transfusional.
- Revisión de los datos recogidos.
- Obtener bolsa de sangre.
- Comprobar la permeabilidad de la vía venosa.
- Colocar la bolsa a infundir.
- Controlar el tiempo y la velocidad de la transfusión.
- Ante cualquier reacción adversa detener la transfusión.

Fase postransfusional.
- Desconectar al paciente del sistema de sangre y lavar la vía periférica.
- Eliminación de los residuos en el contenedor de restos biológicos.
- Observar al paciente y anotar de nuevo FC, TA, temperatura.
- Anotar fecha y hora cuando finaliza.
- Notificar en caso de dolor del paciente, escalofríos, disnea o reacciones adversas.

## 5 Discusión-Conclusión

La transfusión de hemoderivados es un tratamiento que actualmente salva vidas restaurando la cantidad de sangre presente en el organismo, y evitando la muerte del paciente.

La transfusión de hemoderivados se basa tanto en los valores analíticos del paciente, como en la sintomatología que tiene, hábitos de vida, edad…

Valorar los posibles beneficios, y los riesgos que puede contraer este tipo de tratamientos, mas inclusive en pacientes al final de sus vidas, y en los que se realiza informar sobre las complicaciones.

En la práctica de enfermería es esencial proteger la salud del paciente mediante un protocolo para evitar los errores en esta práctica, y saber detectar las reacciones adversas que puedan ocurrir durante el proceso.

## 6 Bibliografía

- Juárez-Rangel E, Vite-Casanova MJ, Marín y López R, Sánchez –Guerrero S A. Auditoría transfusional retrospectiva en el Centro Nacional de la Transfusión

Sanguínea. Rev Invest Clin 2004; 56 (1): 38-42.
- Cardemi-Herrera G. Alternativas al uso de sangre y derivados. Sociedad Chilena de Medicina Interna. Hospital Clínico Universidad de Chile 2003:17-28
- Corbalá-Fuentes C, Navarro-Jaramillo F, Aguilar- Solano A, Gárate-Ureña J, Pacheco-Ureña A , Haro-García L. Análisis del uso clínico de la hemotransfusión. Rev Mex Patol Clin 2003;50:104-108.

## Capítulo 129

# CASO CLINICO DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS ILEOCOLICA

CARLOS VERA HERVÁS

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

## 1 Introducción

Desde siempre, la reconstrucción de tránsito intestinal ha supuesto de una complicada operación abdominal, la que necesitaba grandes lisis de bridas y adherencias, un gran dolor al salir del quirófano y largos tiempos para la correcta recuperación tanto física como mental del paciente. La reconstrucción de tránsito abierta comprende de entre un 4 y un 43% de complicaciones, con porcentajes de infección altos, hasta el 24% y un porcentaje de fuga anastomótica de hasta un 16%. Además de una mortalidad que oscila entre un 4 y un 5% por las complicaciones que pueden suponer una fuga anastomótica y colecciones.

En España se producen un gran número de traumas abdominales, cuadros obstructivos y neoplasias intestinales. Esto provoca que se tengan que realizar este tipo de técnicas (las ostomías al principio y posteriormente la restitución del tránsito). Conocer los riesgos que supone este tipo de intervenciones es fundamental,

ya que son de los problemas más graves y complicados a los que se enfrenta un cirujano.

Restablecer el tránsito digestivo, se basa en unir segmentos de este tracto. La unión que se hace debe ser y quedarse seguro, para que cada parte unida vuelva a funcionar correctamente.

A la hora de realizar esta intervención, debemos tener en cuenta como se encuentra el paciente, es decir, valorar aspectos como el estado hemodinámico, nutricional y comorbilidades que podrían alterar la cicatrización y sutura, así como la evolución del paciente.

Una de las complicaciones más temidas por el cirujano es la dehiscencia de sutura. Una de las principales causas de morbilidad es la anastomosis intestinal. Alrededor de una tercera parte de la mortalidad postcirugía de reconstrucción de tránsito se atribuye a fugas. En varios artículos se subraya que los factores de riesgo son ser hombre, consumo de tabaco, inmunosupresión, la obesidad, cirugía de larga duración, trombocitosis, intervención urgente…

La fístula es la complicación más frecuente, esta se puede definir como la comunicación de la luz del colon con el exterior, provocando que haya material fecal dentro del abdomen o siendo expulsado por la piel. Estas fístulas ocurren entre 2 y 5%.

La dehiscencia de anastomosis se puede definir como la pérdida de continuidad en una anastomosis, esta puede ser total o parcial. Las manifestaciones clínicas que genera son muy variables y ponen en riesgo la vida del paciente requiriendo intervención médica acorde con la gravedad de la situación.

Las fugas anastomóticas, a menudo provocan una serie de complicaciones, como son la sepsis por abscesos intraperitoneales, los abscesos de pared, la peritonitis fecaloidea generalizada y la infección de herida quirúrgica.

La dehiscencia de anastomosis provoca síntomas nada específicos, el dolor no se debe tener en cuenta como síntoma cardinal, ya que es muy común que haya el dolor postoperatorio normal, siendo difícil diferenciarlo del que puede ocasionarse por peritonitis secundaria a fuga anastomótica. A pesar de esto, los síntomas más comunes para su diagnóstico son el comienzo de dolor abdominal, fiebre o malestar general, que puede llegar a producir una peritonitis generalizada y shock séptico.

Si el paciente, continua con un dolor acentuado a lo largo de la estancia, sin cesar este, incluso siendo más fuerte de lo habitual, con taquicardia persistente y polipnea, debemos sospechar de esta complicación. Su diagnóstico debe complementarse con estudios radiológicos. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen es la prueba de elección, este ha sustituido a la radiografía simple de abdomen, ya que el TAC ofrece un mayor detalle.

## 2 Objetivos

-Mostar la importancia del papel de enfermería al ser capaz de detectar cambios en la evolución clínica del paciente.

-Dar a conocer las complicaciones que puede provocar la reconstrucción de tránsito y qué medidas tomar para evitarlas.

## 3 Caso clínico

Procedencia: Quirófano urgente.

Motivo de ingreso: Post Dehiscencia de anastomosis ileocólica. Resección intestinal + reanastomosis ileocólica.

Antecedentes Personales

-No alergias conocidas.

-NO factores de riesgo cardiovascular.

-Enfermedad Crohn con afectación de duodeno, íleon terminal y colon derecho diagnosticada en 2002 patrón inflamatorio estenosante.

-Inició Imurel en 2005 (intolerancia digestiva)

-Cuadro suboclusivo sin respuesta tras tratamiento con infliximab

-Resección intestinal en julio 2006. Resección intestinal segmentaria ileocólica de 30 cm , anastomosis latero-lateral

-Recurrencia postquirugica en 2009. Intervención quirúrgica (QX): Resección del íleon en 2006

-2a LINEA DE BIOLOGICO CON ADALIMUMAB

-27/02/2023: Resección de anastomosis íleo-cecal con zona estenótica. Nueva anastomosis ileocólica.

-04/03/2023: Dehiscencia anastomosis ileocólica.

-11/09/2023: reconstrucción tránsito.

Tratamiento (tto) habitual: humiral, omeprazol, vitamina B12.

Preoperatorio: 1.53m y 48kg.

- Analítica: hemoglobina 9.4 g/dl; plaquetas 113.000; anatomía patológica (AP) 71%; tiempo de protombina (PT) 14.1 segundos; procalcitonina 1.12; Proteína 5.4; Creatinina 0.55; GOT 29; sodio 133.9; proteína C reactiva (PCR) 10,05.

- Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal (RS), sin alteraciones de la repolarización.

- TAC abdominal: Cambios anatómicos en relación con procedimiento quirúrgico reciente de laparotomía media supra/infraumbilical, con reconstrucción del tránsito intestinal mediante anastomosis ileocólica (íleon al segmento proximal colon transverso).

Destaca la visualización de burbujas de gas que se extienden desde el contorno posterior de la anastomosis que se acumulan sobre todo en la transcavidad de los epiplones y de forma difusa en el interior de la cavidad peritoneal – hilio hepático, en relación con neumoperitoneo, mayor a lo esperado para el procedimiento quirúrgico reciente.

Además existe moderada cantidad de líquido libre intraabdominal en localización periesplénica, subhepática y entre asas de la región meso e hipogástrica, todo ello sugiere la posibilidad de dehiscencia de sutura.

Historia actual:

Mujer de 42 años con postoperatorio (postqx) tórpido de reconstrucción de tránsito que comienza con distensión abdominal + dolor abdominal difuso desde el posqx inmediato. Ya en postqx inmediato se objetiva rectorragia franca (11/09), se avisa a cirugía de guardia y se mantiene actitud conservadora. Tras hallazgos de TAC abdominal se decide intervención quirúrgica (iqx) urgente. Previo a bajada a quirófano, se administra dosis de tazocel de forma empírica.

Llega a quirófano, estable hemodinámicamente y con eupnea, aunque con mucho

dolor abdominal.
Protocolo anestésico: Anestesia general combinada (anestesia intravenosa + epidural). Inducción y mantenimiento anestésico sin incidencias reseñables. Intubación orotraqueal (IOT) fácil, con tubo 7.5 (C. Lehane I). Se canaliza arteria radial izquierda y vena antecubital izquierda ecoguiadas. Fluidoterapia: Se extraen hemocultivos y líquido peritoneal para cultivo microbiológico.

Protocolo quirúrgico:

- Acceso por planos

- Abundante lavado de hemoperitoneo descrito

- Se identifica dehiscencia de anastomosis ileocólica previa a nivel de cara posterior en línea de grapado.

- Resección de anastomosis

- Se evalúa riesgo de dehiscencia, con tejido con buen aspecto, por lo que se decide nueva anastomosis

- Liberación de ángulo esplénico de colon

- Anastomosis ileocolica isoperistaltica manual biplano posterior monoplano anterior con seda 3/0.

- Abundante lavado de toda la cavidad abdominal con suero fisiológico

- Revisión de hemostasia

- Contaje correcto

- Drenaje quirúrgico Jackson-Pratten parietocolico izquierdo y Douglas

- Cierre de aponeurosis con polysorb 2

- Piel con grapas

Exploración física al ingreso en UCI Anestesia:

Paciente de 42 años que ingresa en la unidad bajo los efectos residuales de la anestesia general combinada. Temperatura (T): 35.2º Sin dolor.

- Neurológicamente: consciente y orientada en las 3 esferas. No signos de focali-

dad neurológica. Pupilas isocóricas normoreactivas.

- Hemodinámicamente (HD): estable, manteniendo tensión arterial media> 65 mmHg, en ritmo sinusal a 70 pulsaciones por minuto. Actividad Cardíaca: rítmica, sin soplos.

- Respiratoriamente: con eupnea, manteniendo saturaciones 98% con O2 en ventimax 50%.

- Abdomen blando, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Apósito de laparotomía limpio. Escaso débito hemático por drenajes abdominales.

- Diuresis escasa y clara.

- Miembros inferiores: No signos trombosis venosa profunda (TVP) ni edemas.

Analítica al ingreso:

- Hemograma: hemoglobina 8.8 g/dl; Plaquetas 89.000; Leucos 1.600 (N: 86.3%). Coagulación: AP 74%; TP 13.5 segundos; bioquímica (BQ): Glucosa 89; Proteína 4.2; Amilasa 129.

-Gasometría: pH 7.38; presión parcial de CO2 36; presión parcial de O2 173; Bicarbonato 21.3; Láctico 14.

-Radiografía (Rx) Tórax al ingreso: sin infiltrados groseros, catéter venoso central (CVC) algo progresado, se retira 2 cm.

-ECG al ingreso: RS a 94 pulsaciones por minuto, sin alteraciones de la repolarización.

Otras pruebas
-Se extraen en quirófano (qx) hemocultivos y líquido peritoneal para cultivo microbiológico.
-Se realiza screening Resistencia zero al ingreso.

Día 17/9 (una semana tras reconstrucción de tránsito)

Regular estado general, HD estable, afebril, con taquipnea con mayor disnea y trabajo respiratorio. Saturación 96% con gafas nasales (GN) a 4L.
No refiere mayor dolor abdominal que esta mañana. Tolera oral con tránsito a heces líquidas. Se mantiene encamada.

Abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación en región de herida quirúrgica, no masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal.
Manchado purulento a través de penrose subcutáneo.

ANALÍTICA CONTROL
Leucocitos 5 (previa 4.6)
Hemoglobina 11.6 (previa 11.7)
Plaquetas 99
Procalcitonina 3.58 (previa 7.71)
Potasio 2.15
Calcio 6.9
PCR 21.18 (previa 29.84)

Ante situación de distrés respiratorio, solicito valoración por anestesista que ingresa de nuevo a su cargo.

20:00h. A pesar de la estabilidad clínica, ante el empeoramiento de la situación respiratoria con necesidad de gafas nasales alto flujo, solicitamos TAC abdomen urgente para descartar complicación postquirúrgica.

TC ABDOMINAL CON contraste URGENTE: probable dehiscencia de la sutura.

Ante los hallazgos del TAC se informa a paciente y familiares la necesidad de reintervención quirúrgica urgente, que entienden y aceptan. Firma consentimiento informado paciente.

1:30h
Intervención quirúrgica: dehiscencia completa de sutura y evisceración completa. Ileostomía terminal

## 4 Discusión-Conclusión

La dificultad de diagnosticar una dehiscencia de anastomosis es un hecho. El fallo de las suturas ocurre incluso en pacientes jóvenes, que están nutridos correctamente, sin condiciones comórbidas y después de una técnica quirúrgica apropiada.

Esta complicación tiene un gran impacto clínico sobre el paciente, manifestándose en un incremento de los días de hospitalización medios, la tasa de tener que volver a intervenir y la mortalidad.

En el caso clínico expuesto, podemos observar, cómo esta paciente, después de ser sometida a una reconstrucción de tránsito para quitarle la ileostomía que le colocaron meses antes, resulta que tiene una dehiscencia de la anastomosis realizada.

Como ya he mencionado, es una situación crítica, ya que puede hacer una peritonitis, una sepsis abdominal, fallo orgánico y muerte.

La paciente pasa días de mucho dolor, que al principio piensan que normal por la intervención, pasado un tiempo al ver que sigue igual y hemo dinámicamente no está estable, los cirujanos son avisados por el personal de enfermería de la planta de cirugía. Es valorada y deciden bajar a la paciente a la unidad de Reanimación. Al continuar con dolor, taquipnea y trabajo respiratorio deciden realizarle un TAC ante el que se observa una posible dehiscencia de las suturas.

En esta ocasión, gracias a la actuación del personal de enfermería, se logra estabilizar a la paciente y reintervenirla para volver a ponerle la ileostomía. Es una situación de urgencia en la que como personal cualificado debemos estar atentos ante cualquier cambio en la evolución del paciente y ante cualquier incidencia avisar.

Está claro que, a pesar de tener una mayor competencia en la etiología, prevención, diagnóstico y manejo de las anastomosis intestinales se producen fugas. Debemos tener mucho cuidado en la prevención y diagnóstico adecuado. También debemos realizar acciones en los factores que pueden provocar problemas como:

• Microbioma del paciente.

• Medidas preventivas preoperatorias y sus indicaciones.

• Técnica quirúrgica experimentada.

• Correcta administración de antibióticos perioperatorios tanto orales como endovenosos.

• Anastomosis realizada de manera perfecta.

• Preparación de colon del paciente.

• Considerar estoma proximal en anastomosis de alto riesgo

# 5 Bibliografía

1. Campos Campos SF, Ureña Álvarez JA, Fuentes Orozco C, Barbosa Camacho FJ, Barrera López FJ, Jiménez Ley VB, et al. Dehiscencia de anastomosis gastrointestinal. Qué hacer y qué no hacer. Cir Gen [Internet]. 2019 [citado el 4 de octubre de 2023];41(4):243–55. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992019000400243&script=sci_arttext
2. Álvarez-Villaseñor AS, Prado-Rico S del C, Morales-Alvarado JI, Reyes-Aguirre LL, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A. Factores asociados a dehiscencia de anastomosis intestinal. Cir Cir [Internet]. 2021 [citado el 4 de octubre de 2023];89(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33784278/
3. Bannura C G, Cumsille G MA, Barrera E A, Contreras P J, Melo L C, Soto C D, et al. Factores asociados a la dehiscencia clínica de una anastomosis intestinal grapada: análisis multivariado de 610 pacientes consecutivos. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 [citado el 4 de octubre de 2023];58(5):341–6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000500006
4. Researchgate.net. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338753046_Dehiscencia_de_anastomosis_gastrointestinal_Que_hacer_y_que_no_hacer
5. Aecirujanos.es. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/files/miniwebs/menus/81/documentos/ANACARE_PROTOCOLO.pdf

## Capítulo 130

# EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL CÁNCER DE UN CENTRO HOSPITALARIO

LUCIA PANIAGUA MONTORO

HELENA GARCIA MARTINEZ

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

## 1 Introducción

El cáncer hace referencia a una enfermedad donde algunas células de nuestro organismo se multiplican sin control y se disemina a los tejidos de alrededor.
Esta enfermedad puede originarse en cualquier parte del cuerpo humano, ya que está formando por billones de células.
Las células de nuestro organismo cuando envejecen, se dañan o mueren se remplazan por células nuevas, que en condiciones normales se realizan a través de las diferentes etapas de la división celular. En ocasiones no siguen este orden y las células anormales o dañadas se multiplican cuando no deberían, creando tumores.
Existen dos tipos de tumores: malignos o benignos. La gran diferencia entre estos dos tumores, se encuentra en que los malignos se diseminan, es decir, que in-

vaden los tejidos cercanos o incluso viajan a otras partes del cuerpo, generando metástasis, mientras los tumores benignos no se diseminan a tejidos cercarnos.
En la actualidad, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad en el mundo. A nivel global se considera la segunda causa de muerte. En España se produjeron un total de 8,8 millones de muertes en el año 2015 por esta enfermedad, según un estudio realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Se cree que aumentara un 70% de los casos durante las próximas décadas, según las estadísticas.
El número estimado de cáncer en España en año 2017 fue de 228.482, pero se prevé un incremento considerable de nuevos casos en año 2035, aproximadamente alrededor de 315.413 nuevos casos. Uno de cada dos hombres y casi una de cada tres mujeres tendrá cáncer a lo largo de su vida, según SEOM.

## 2 Objetivos

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

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Se ha podido incluir en nuestro trabajo de revisión bibliográfica artículos en los que podemos observar que tipo de cuidados se podrán administrar para la prevención del linfedema en pacientes postmastectomizadas.
- La enfermera debe realizar la educación sanitaria de prevención del linfedema tras la cirugía inmediatamente.
- Enfermería debe conocer que factores o riesgo más frecuentes puede ver en caso de que la paciente pueda ser susceptible a padecer linfedema, como en caso

de la mastectomía radical con ganglios axilares, tratamiento con radioterapia o quimioterapia con taxanos.

- La enfermera para poder ayudar a los pacientes ante la prevención del linfedema aconsejará a estos: evitar la obesidad, para ello puede aconsejar dietas equilibradas, y evitar sedentarismo, consumo de tabaco o tóxicos. Una higiene correcta de la paciente evitará acúmulo de suciedad y también grasa de la cual está compuesto el linfedema. No es conveniente que la paciente se exponga ni al excesivo frío ni al calor, esto puede provocar una carga excesiva de linfa. No realizará ni cogerá pesos excesivos con la extremidad enferma.
- La enfermera para la prevención del linfedema será controlar al paciente rutinariamente en consulta en la cual utilizará la circunferencia volumétrica. Por ello, la enfermera utilizará una cinta métrica para medir la extremidad principal.
Después se medirá la otra extremidad, en caso de que haya diferencia de dos centímetros de la extremidad enferma a la sana nos hará intuir que existe linfedema.
- En cada consulta de enfermería que acuda la paciente, el profesional sanitario le realizara una serie de preguntas a esta para identificar si sufre también linfedema.
- La enfermera también puede aconsejar que acuda a fisioterapia para que el paciente realice ejercicios de prevención del linfedema

## 5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la actualidad, como se ha podido ver es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque existe también en estos últimos nombrados.
El linfedema es una complicación que puede aparecer tras la cirugía de la retirada de la mama radical, incluyendo ganglios linfáticos, es decir, la mastectomía.
Enfermería deberá aconsejar a estos pacientes todo tipo de cuidados, desde no exponerse al sol ni al frío, como el que no debe coger pesos con el brazo afectado.
Enfermería, en su consulta, podrá comprobar si la paciente padece esta afección mediante preguntas que puede realizar a esta paciente y la medición de la cintra métrica del brazo enfermo diferencia ante el sano.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 131

# EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUEMADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

HELENA GARCIA MARTINEZ

LUCIA PANIAGUA MONTORO

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

## 1 Introducción

Se denomina quemadura a cualquier lesión en la piel provocada por un traumatismo físico o químico, como electricidad, radiación, calor, frío, etc. Las proteínas del tejido se desnaturalizan como resultado y la quemadura puede afectar solo la superficie de la piel o provocar la destrucción completa de los tejidos afectados. Debido a la pérdida de la barrera contra los microorganismos, también puede resultar en pérdida de líquidos, pérdida de calor e incluso una infección. Cuando se trata de un paciente que ha sufrido quemaduras, primero es importante evaluar la salud general del paciente y, al principio, no tener en cuenta la quemadura.
Las quemaduras se pueden clasificar en quemaduras de primer grado, segundo grado y tercer grado según la gravedad de la lesión.

- Quemaduras de tercer grado. Todo el espesor de la piel se ve afectado. Debido a la implicación de las terminaciones nerviosas, son indoloros. Presentan vasos sanguíneos trombosados y color blanquecino. Tienen graves secuelas y con frecuencia requieren intervención quirúrgica.
- Quemaduras de primer grado. Solo afectan a la epidermis, pero son insoportablemente dolorosos. Hay inflamación, pero la integridad de la piel se conserva y, después de 3 a 4 días, generalmente se recupera por completo.
- Quemaduras superficiales de segundo grado. Provocan la aparición de ampollas en toda regla en la dermis papilar. El retorno venoso es normal, son dolorosas y de color rosado. Suelen desaparecer al cabo de 7-8 días.
- Quemaduras profundas de segundo grado. La dermis reticulodérmica se ve afectada. Se diferencia de las anteriores porque las ampollas se han roto, la piel es menos sensible y hay menos retorno venoso.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer que es el "Síndrome del gran quemado".
- Aprender a diferenciar los tipos de quemaduras.
- Detallar cómo actuar ante un paciente quemado en el servicio de urgencias.

## 3 Metodología

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 extensión de la quemadura, la profundidad y la gravedad, son los tres puntos clave de los que depende su pronóstico.
La extensión de una quemadura, normalmente, se calcula a través de la "Regla de los nueve de Wallace". En esta regla, las regiones anatómicas corporales tienen un valor del 9% o un múltiplo de 9% de la superficie corporal total, excepto periné que tiene un valor del 1%. Esta regla solo es utilizada en adultos y/o > de 15 años.

Hasta los 15 años se utiliza la tabla de Lund y Browder, ya que los niños tienen una mayor superficie craneal y unas extremidades inferiores más cortas.

Las quemaduras, según su profundidad, se clasifican en primer, segundo y tercer grado.
- Las quemaduras de primer grado o epidérmicas afectan a la capa más superficial de la piel.
- Las quemaduras de segundo grado o dérmicas, afectan a la epidermis y dermis. Dentro de este grado hay una subdivisión: segundo grado superficial o de espesor parcial superficial y segundo grado profundo o de espesor parcial profundo.
- Las quemaduras de tercer grado o de espesor total, afectan todo el espesor de la piel. Este tipo de quemaduras, no producen dolor, ya que se destruyen todas las terminaciones nerviosas. Habitualmente, suelen precisar tratamiento quirúrgico e injertos.

La extensión y la profundidad de la quemadura, es lo que nos va a determinar la gravedad. También hay que tener en cuenta la localización de esta, puesto que si es en cara, pliegues, manos, pies o genitales estamos ante una situación crítica. La edad del paciente, sus enfermedades y/o lesiones asociadas también van a ayudar a determinar el grado de gravedad.

En los servicios de urgencias hay protocolos establecidos para poder brindarle los cuidados necesarios y en el tiempo necesario a este tipo de pacientes. Se les debe de tratar como si fueran un paciente politraumatizado y hacer valoración ABC.
Cualquier técnica que se les realice debe de ser con la máxima asepsia posible, se deberá de utilizar guantes y mascarilla. Lo primero que se debe de hacer es retirar las prendas de ropa que estén quemadas y no se encuentren adheridas al paciente y posteriormente abrigarle para evitar una posible hipotermia.
Se debe de realizar una valoración de la vía aérea, ya que en estos pacientes la obstrucción de la vía aérea superior por edema es bastante común y supone una emergencia vital. En caso de quemaduras que hayan ocurrido en espacios cerrados y presenten quemaduras faciales y en el cuello, ronquera progresiva, estridor y tos con esputo color carbón, debemos de sospechar de quemadura de la vía aérea superior.
En cuanto a la respiración se debe de comprobar la frecuencia y calidad de esta respiración. Se inspeccionará la coloración de la piel y el relleno capilar, observaremos los pulsos y temperatura. Y determinaremos el nivel de conciencia del paciente y el estado de las pupilas.

En un gran quemado se seguirán las siguientes pautas:
- Asegurar vía aérea. En ocasiones, se precisará hacer una incubación endotraqueal urgente.
- Reponer líquidos.
- Elevar miembros que presenten edemas para evitar el síndrome compartimental.
- Colocar en sedestación para disminuir la aparición de edema facial.
- Prevenir y evitar la hipotermia.
- Realizar sondaje vesical, siempre, para controlar la diuresis. También realizar nasogástrico en caso de que sea necesario.
- Administrar analgesia y sedación para el dolor.
- Dieta absoluta.
- Inmunización completa antitetánica.
- En cuanto a quemaduras locales, actuaremos de la siguiente manera:
- Quitar la ropa que no está adherida y los objetos que compriman.
- Realizar una limpieza cuidadosa, no traumática, con compresas estériles con SSF o agua templada, retirando con cuidado restos.
- Cubrir las quemaduras con compresas con SSF o agua templada y se evitará la manipulación.

## 5 Discusión-Conclusión

Actualmente, las quemaduras son uno de los accidentes más frecuentes que existen. Pueden llegar a ser invalidantes según la extensión quemada, el tipo de quemadura y la evolución de esta. Aproximadamente el 85% pueden ser evitables debido a que la mayoría son producidas en el hogar. Los más afectados suelen ser niños y adultos jóvenes.
Es de vital importancia proporcionar unos cuidados rápidos y adecuados ante una situación de un paciente quemado. La actuación ha de ser rápida y eficaz durante las primeras horas para disminuir la morbi-mortalidad y los posibles riesgos y consecuencias asociados a una quemadura. Estas actuaciones ayudarán a poder obtener un mejor pronóstico de cara a la recuperación y calidad de vida del paciente.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 132

# EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA

ANTONIO FLORIAN MARTINEZ SAIZ

LUCIA PANIAGUA MONTORO

HELENA GARCIA MARTINEZ

INMACULADA MARTÍNEZ SAIZ

CARMEN LOZANO MARTÍNEZ

## 1 Introducción

Una ostomía es una abertura externa artificial de un órgano hacia la superficie corporal. Existen diferentes tipos de ostomías dependiendo de la zona en la que se realice, como son colostomías, ileostomías, traqueostomías, ureterostomías, entre las más frecuentes.

Es una técnica remota, ya que, a principios del año 1900, W. E. Miles trató con pacientes en lo que se les realizó una ostomía, más concretamente una colostomía a causa de un cáncer rectal. Hasta el momento, esta intervención quirúrgica es conocida como "operación de Miles". También, cabe destacar que, respecto a las ileostomías, fue J. Y. Brown quien en el año 1913 realizó este procedimiento para tratar a un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

La ileostomía es la abertura externa de una parte del íleon (última porción del intestino delgado) y la colostomía es la abertura externa de una porción del colon. Ambas ostomías se realizan por diversas causas como pueden ser: fallo del esfínter anal, intervención quirúrgica a nivel del colon-recto en la que no se recomienda unir ambos órganos (anastomosis), obstrucción, perforación, presencia de un tumor, entre otras.
Tanto la ileostomía como la colostomía pueden realizarse de forma permanente o temporal, dependiendo siempre de la causa por la que se produzca.
El hecho de realizar una ostomía a un paciente tiene diversas consecuencias, por ello, si no nos encontramos en una situación de urgencia, es importante que se junte un equipo multidisciplinar en este tema y expliquen al paciente sus beneficios y consecuencias para llevar a cabo esta intervención que impacta tanto y supone un gran cambio en la vida del paciente.

## 2 Objetivos

Exponer por parte del personal de enfermería cuáles son las principales complicaciones de colostomías e ileostomías.

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Dentro de las complicaciones más comunes de las colostomías e ileostomías encontramos:
- Edema: Inflamación de la mucosa y es frecuente en los primeros días. Se deben aplicar compresas con agua o suero fisiológico para reducirlo, además es conveniente aumentar al tamaño de las placas adhesivas.
- Hemorragia: el sangrado en la mucosa del estoma que suele ceder sola, en caso de que no cese se debe hacer hemostasia local comprimiendo el vaso.

- Isquemia y necrosis: Cambio en la coloración de la mucosa a negro debido a una disminución en la vascularización del intestino por diversos motivos. Puede suponer una urgencia médica.
- Infección y sepsis: calor, rojez, dolor y supuración en la zona del estoma son signos característicos. Se debe drenar y realizar limpieza y desinfección, retirando esfacelos.
- Retracción del estoma: es el hundimiento del estoma por debajo de la piel.
- Dehiscencia: es la infección y separación parte del intestino y suele aparecer en la primera semana tras la operación. Puede requerir una nueva sutura si afecta a toda la circunferencia o se intentará la cicatrización por segunda intención si se trata de una dehiscencia parcial.
- Estenosis: es la reducción del diámetro interior del estoma que provoca dificultad de la evacuación del intestino. Se debe realizar dilataciones mediante sondas, con los dedos, etc. para evitar que se cierre.
- Hernia: es la salida alrededor del estoma por un defecto de la pared abdominal que puede causar malestar, dolor, distensión abdominal. En estas situaciones es recomendable el uso de una faja elástica, así como evitar esfuerzos con el abdomen.
- Prolapso: consiste en la salida de la mucosa a través del orificio cutáneo de sutura. Se puede colocar mediante masajes suaves con vaselina dirigidos a la pared abdominal, evitando la torsión de la mucosa.

## 5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con colostomías e ileostomías deben tener una serie de cuidados tanto de la propia ostomía como con la dieta y medicación, dado que al faltar parte el intestino, la absorción de ciertos alimentos y fármacos puede verse afectada.
Es importante realizar un correcto cuidado de la ostomía y de la piel periestomal para evitar en la medida de lo posible las complicaciones asociadas a este tipo de intervención, además de entrenar al paciente en que fomente su autocuidado y que este adquiera autonomía y aprenda a detectar signos de alarma para así disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 133

# EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA NIETO DE LA TORRE

## 1 Introducción

Antes de dar comienzo a este trabajo, es necesario pararse a realizar una breve introducción para conocer un poco la figura del personal de enfermería que desempeña sus labores en una institución sanitaria.

Por así decirlo, la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que realmente sienten una vocación de servicio hacia las demás personas a las que van a atender en algún momento de su vida.

De forma genérica, podemos decir que el personal de enfermería es quien se va a encargar de atender a los pacientes que acuden al centro sanitario.

Algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre el profesional de enfermería en urgencias de salud mental.

Las urgencias en salud mental se encuentran envueltas en una serie de particularidades que las diferencian del resto de las urgencias clínicas. Conlleva una serie de peculiaridades generadas por el fantasma de la peligrosidad, el temor, el miedo y la ansiedad que despierta en la mayoría de los casos el paciente mental.

Hay un aumento en la demanda de atención psiquiátrica urgente. Es primordial que el personal sanitario que realiza el proceso de admisión, acogida y clasificación del paciente domine la actuación en estos casos.

## 2 Objetivos

- Exponer los cuidados de enfermería estándares en el servicio de Urgencia Psiquiátrica.
- Dar a conocer las principales urgencias en salud mental para su correcta valoración 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

Los cuadros más frecuentes en urgencias psiquiátricas son:
1. Paciente agitado:
Es un síndrome que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico. Consiste en un estado de intranquilidad psíquica e hipermotilidad que frecuentemente lleva al paciente a un estado de violencia.
- Tipos de agitación:
• Agitación maniaca: estado de agitación psicomotriz que se acompaña de un aspecto desordenado, logorrea, hipercontacto, bulimia e hipererotismo. Estado de ánimo exaltado. El insomnio es frecuente.
• Agitación confusa: la causa es siempre somática . Aparecen trastornos de la conciencia y desorientación. La agitación va acompañada de ansiedad, huida, temor… Puede provocar fiebre, deshidratación…, etc.
• Agitación psicótica: Comienzo brusco del delirio, que es vivido como una experiencia real.
• Agitación esquizofrénica: similar a la psicótica pero no de tan brusca aparición. Puede ser hebefrénica (logorrea, hipercinesia, fuga de ideas, manierismo, …); catatónica (lenguaje incoherente, muecas, violencia impulsiva, …) y paranoide (delirio, persecución y perjuicio)

• Agitación neurótica: crisis histéricas y de ansiedad. Agitación "teatral" normalmente en presencia de público. (Se rompe la ropa, amenaza con el suicidio, vocifera, …)
• Agitación demencial: desorientación espacio-persona-tiempo.
- Medidas generales de actuación:
Hay que procurar calmar al paciente, si es posible con el diálogo. El personal debe protegerse, se debe contar con un número suficiente de miembros para la sujeción del paciente si es preciso.
Prestar atención a cualquier indicio de violencia inminente: cambios de conducta, humor, habla o afecto.
Si la contención anímica es ineficaz o el riesgo de violencia es inminente, ha de utilizarse la contención mecánica.
Si el paciente amenaza con abandonar el hospital en contra del consejo médico, hay que decidir si está capacitado para tomar esa decisión. Si se considera que la capacidad del paciente está disminuida y existe riesgo, no podrá abandonar el hospital, se avisará al Jefe de Hospital y al Juez.

2. Crisis de ansiedad: (ataque de pánico).
- Síntomas: palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, náuseas, parestesias, miedo a morir, etc. Puede ocurrir por otros trastornos psiquiátricos, por tóxicos (cocaína, anfetaminas, alcohol, benzodiazepinas, …) o por causas orgánicas (endocrino-metabólicas, cardio-respiratorias o neurológicas).
- Medidas generales de actuación.
Tranquilizar al paciente, informándole que sus problemas no entrañan ningún riesgo vital, que todos sus problemas se deben a su estado de ansiedad.
Las medidas para disminuir la ansiedad hay que tomarlas inmediatamente. Una buena respuesta a la administración de ansiolíticos va a orientar sobre la índole de la crisis.

3. Conducta suicida:
Es menos previsible y hay que mantener una actitud adecuada. Puede existir riesgo suicida en todos los pacientes afectos de: trastorno psiquiátrico, enfermedad terminal, sentimientos de desesperanza, dolor crónico…
- Medidas generales de actuación
Analizar a un paciente que acaba de realizar un intento autolítico y el carácter impulsivo del mismo. Son más graves los intentos que ocurren de forma violenta con uso de armas de fuego, defenestraciones o ahorcamientos.
Se ha de dar al paciente la posibilidad de hablar a solas con el facultativo, para que exprese sus ideas suicidas.

Es falso que hablar sobre el intento de suicidio en la entrevista con el paciente pueda inducirle a realizarlo. Nunca se dejarán solos los pacientes de alto riesgo. En este tipo de situaciones es mejor excederse en precauciones, que tenerlo que lamentar en una mesa de autopsias.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería es aquel profesional que se encarga del cuidado de personas que sufren alguna enfermedad o dolencia y que tienen afectadas su vida a nivel de salud.

Tras la investigación llevada a cabo se constata 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.

El profesional de enfermería que trabaja en el servicio de Urgencias debe ser capaz de reconocer las manifestaciones que presentan los pacientes que acuden por patología psiquiátrica y los riesgos adherentes a la hora de ser atendidos en dicho servicio de urgencias.

Por ello es de gran utilidad proporcionar a los enfermeros de Urgencias en psiquiatría herramientas de valoración para conseguir describir el estado de salud mental del paciente que acude a urgencias. Es primordial precisión y seguridad para tomar decisiones.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 134

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

NIEVES HEREDIA ALONSO

LAURA MÍNGUEZ CUBERO

MARTA GARCÍA CUÉLLIGA

## 1 Introducción

La hemorragia digestiva (HD) se define como cualquier pérdida de sangre del sistema digestivo. Según la ubicación del ángulo de Treitz, se divide en hemorragia digestiva alta (HDA) y hemorragia digestiva baja (HDB). La HDA es la patología gastroenterológica más frecuente que encontramos en los servicios de urgencia y actualmente constituye una causa importante de morbilidad en España (entre 5-10%), y depende de factores como la edad, las comorbilidades, el volumen de sangrado y la etiología. Se manifiesta como hematemesis (sangre expulsada por la forma en forma de vómito de color rojo intenso-negruzco) y/o melenas (sangre expulsada por el recto de color negra, alquitranada y maloliente). La gravedad de la hemorragia se clasifica como leve, moderada o grave. Aunque el pronóstico sigue mejorando, los expertos creen que la falta de un protocolo acordado hace que la mortalidad no se reduzca lo suficiente. El hecho de que uno de cada veinte hispanos con HD muera es lo suficientemente significativo como para recomendar la intervención de las salas de emergencia cuando se sospecha de HD. La causa más frecuente de HDA es la úlcera duodenal (en un 20-30%). Otras causas

son la úlcera gástrica (15-25%), varices esofágicas (10-20%), lesiones agudas de la mucosa gástrica (12-18%), etc.

## 2 Objetivos

- Conocer los pasos a seguir ante la sospecha de un caso de hemorragia digestiva alta en el servicio de urgencias hospitalarias.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información en bases de datos bibliográficas como PubMed, Google Académico o Scopus, seleccionando una serie de artículos publicados en español o inglés, comprendidos entre 2010 y 2023, utilizando como descriptores palabras clave, por ejemplo urgencias o hemorragia digestiva alta.

## 4 Resultados

La actuación de enfermería es primordial para la detección de la hemorragia digestiva alta, siendo la primera atención que va a recibir el paciente en el triaje. La enfermera tendrá que tomar las constantes vitales (tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC) como mínimo), además de realizar la anamnesis, incluyendo alergias, antecedentes gastrointestinales, toma de Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o anticoagulantes. También deberá valorar el nivel de conciencia, la palidez, la hipoperfusión, además de informarse sobre los síntomas que ha presentado (hematemesis, melenas, etc.).
Una vez valorados todos estos factores, se clasificará al paciente según unos criterios de gravedad:
Leve:
- Tensión arterial sistólica (TAS) > 120 mmHg.
- FC < 100 lpm.

Moderada:
- TAS < 100 mmHg.
- FC > 100 lpm.
- Frialdad ligera, palidez.
- Test ortatismo (-)

Grave:
- TAS < 100-120 mmHg.

- FC > 100 lpm.
- Pulso débil, sudor, palidez.
- Test ortatismo (+).

Masiva:
- TAS < 80 mmHg.
- FC > 120 lpm.
- Shock.

Tras clasificar al paciente según su nivel de gravedad, tendremos que llevar a cabo la segunda actuación enfermera:
- Monitorización cardiaca: TA, FC, frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SatO2). Control horario de las constantes.
- Colocar 2 vías periféricas del mayor calibre posible: extracción de analítica + pruebas cruzadas.
- Reposición de volumen con cristaloides (para conseguir TAS > 100mmHg).
- Colocar al paciente en posición de seguridad (evitar broncoaspiración).
- Colocar sonda nasogástrica (SNG) siempre para confirmar sangrado: si sale limpia, retiraremos la sonda; y si sale sangrado, realizaremos lavados con suero fisiológico.
- Valorar permeabilidad vía aérea y colocar oxígeno si fuese necesario.
- Controlar el nivel de conciencia, signos y síntomas.
- Valorar colocación de sonda vesical (SV) y/o catéter central.
- Realizar electrocardiograma (ECG).
- Controlar el aspecto y número de deposiciones.
- Dejar al paciente en dieta absoluta y reposo absoluto.
- Explicar los procedimientos y tratamientos al paciente.
- Realizar las pruebas complementarias que sean necesarias: radiografía, ecografía, etc.
- Registrar todas las actuaciones y técnicas.

Después de estabilizar al paciente, el médico decidirá el ingreso hospitalario del paciente para así comenzar el tratamiento, que podrá ser farmacológico o diagnóstico y/o terapéutico (mediante la endoscopia digestiva).

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión:
Los pacientes con sospecha de HDA deben ser tratados de urgencia y no pueden permanecer esperando sin evaluar al menos su FC, TA y signos de pulso periférico.

Mantener la estabilidad hemodinámica es más importante que diagnosticar el tipo de hemorragia.
Contar con un plan de contingencia basado en la sospecha de HDA acelerará y mejorará el proceso de estabilización del paciente.
Después del triaje médico, el personal de enfermería del servicio de urgencias es el primer contacto clínico del paciente y, por lo tanto, el papel de la enfermera es fundamental en la atención de pacientes con hemorragia gastrointestinal superior.
Los pacientes con inestabilidad al ingreso, los de mayor edad, los que presentaron sangrado activo en la endoscopia y los que presentan enfermedades asociadas, son los que más probabilidades tienen de presentar complicaciones.

## 6 Bibliografía

1. Sánchez ARV. Hemorragia digestiva alta en adultos: intervención enfermera en urgencias. Nuberos Científica [Internet]. 2020;38–43. Disponible en: http://www.ciberindex.com/index.php/nc/article/view/3238nc
2. Ferrite I, Ayza I, Alonso S, Saurina M, Canari X, Caus F. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS. Congreso Euroamericano de Enfermería de Urgencias. 2010;1–4.
3. Lázaro Pecho RM. Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014 - 2016. Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional del Callao [Internet]. 2017; Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/2462
4. Sanchez G, Talena N. Intervención de enfermería en casos de hemorragia digestiva alta activa en urgencias Essalud 2021. Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional del Callao [Internet]. 2022; Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6484

## Capítulo 135

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON VIA AÉREA DIFÍCIL EN QUIRÓFANO

CONCEPCIÓN ABENGOZAR CENCERRADO

JULIA GARRIDO PÉREZ

BEATRIZ BEAMUD MOLINA

LUCÍA FERNÁNDEZ PATÓN

MARÍA MORA CORRAL

## 1 Introducción

Los pacientes que son sometidos a cualquier intervención quirúrgica que requiera anestesia general pueden tener un potencial problema con la intubación y control de la vía aérea durante el procedimiento, de ahí la importancia de analizar en este capítulo de libro un caso clínico de un paciente con intubación difícil, analizar sus factores de riesgo previos en el preoperatorio para tener todo controlado a la hora de una posible dificultad en el aislamiento de la vía aérea.
Hablamos de vía aérea difícil en aquellos pacientes con los que un anestesista (experimentado) tiene dificultad para su ventilación manual o con su intubación, tráquea con laringoscopia directa; parámetros marcados por bibliografía consultada, consideran intubación difícil a aquella en la que se requieren 2 intentos

de intubación traqueal con la misma pala del laringoscopio o se requiere uso de herramientas alternativas tras intentos con el laringoscopio directo.

Con el fin de minimizar estos riesgos y proveerlo, es importante la consulta preanestesia, donde se realiza una evaluación previa personalizada antes de la intervención quirúrgica. Uno de los principales indicadores que nos va a mostrar la dificultad en la vía aérea es el test de Mallampati; este consiste en sentar al paciente con la cabeza en posición neutra e indicarle que saque la lengua sin realizar ningún tipo de fonación, en función de cómo se observen las amígdalas, la úvula y el paladar duro y blando lo clasificaremos en 4 grados. El grado 1 será sin ningún tipo de complicación hasta el grado 4 donde solo se observa el paladar duro, por lo que es el grado más crítico previo a una ventilación.

Es crucial realizar una buena evaluación preparatoria para preestablecer el riesgo al que va a ser sometido un paciente y así proveernos del material y plan de actuación a seguir en caso de que tengamos complicaciones a la hora de incubar. Resulta imprescindible la labor enfermera para actuar en consecuencia y con una formación necesaria crucial para estos momentos donde la vida del paciente está en juego.

## 2 Objetivos

- Informar sobre la actuación del personal de enfermería ante la intubación de un paciente con acceso a vía aérea difícil.

## 3 Caso clínico

Paciente de 40 años con factores de riesgo cardiovasculares (165 kg, IMC: 64,5) es ingresado para realizarse una colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general. No refiere antecedentes personales ni reacciones medicamentosas conocidas. El paciente tiene barba, cuello corto y grueso; El anestesiólogo realizo la valoración de Mallampati obteniendo un 3 en la escala, por lo que se prevé vía aérea difícil.
Se coloca al paciente en la camilla, decúbito supino, se comienza a inducir anestesia con propofol y fentanilo, bloqueo neuromuscular con suxametonio. Se coloca al paciente con el cuello en hipertensión. Y el anestesiólogo coge el ambú para preoxigenar al paciente y evitar así una saturación baja en caso de dificultad en la intubación; de momento se ventila correctamente, saturaciones mantenidas en

95-96%
Primer intento con laringoscopio directo fallido, vuelven a intentarlo en 3 ocasiones más, el paciente se desatura hasta quedar en una SpO2 de 60%. Se volvió a hiperoxigenar al paciente para llegar a situaciones mantenidas de 100% durante 4 minutos más.
Enfermería tenía preparado el dispositivo video laringoscopio totaltrack. Este dispositivo está provisto de una mascarilla laríngea base con un orificio que permite el paso del tubo orotraqueal para la intubación y una cámara para poder ver el tránsito y realizar la intubación.
La preparación por parte de enfermería consiste en la colocación del tubo orotraqueal en la mascarilla y la lubricación de la mascarilla laríngea, con lo cual obtenemos la seguridad de que vamos a ventilar al paciente con total seguridad, en caso de intento fallido de intubación, mantendremos al paciente oxigenado.
Tras el uso de dicho dispositivo, la anestesia siguió su curso sin incidencias y se consiguió una intubación orotraqueal exitosa y la cirugía siguió su curso sin incidencias.

## 4 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería, así como su preparación y actualización en conocimientos, mejora la seguridad del paciente y minimiza las posibles complicaciones que puedan ocurrir.
En la secuencia de intubación rápida en vía aérea difícil debemos tener preparados todos las herramientas que nos puedan ser útiles, en este caso en quirófano estaba preparado el broncoscopio flexible y el dispositivo totaltrack.
El uso de estos dispositivos de vía aérea difíciles, así como su preparación, requieren una formación específica por parte de enfermería. Su correcto uso puede ayudar a prevenir el traumatismo de las vías respiratorias, principal complicación en los casos de difícil intubación.

## 5 Bibliografía

1. Galván-Talamantes Y, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Manejo de vía aérea difícil. Rev Mex Anest. 2013;36:312-315.
2. Nørskov AK, Rosenstock CV, Wetterslev J, Astrup G, Afshari A, Lundstrøm LH. Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study of 188 064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database. Anaesthesia. 2015;70:272-281.

3. Berlow LC, Ariyo P. Preoperative assessment of the airway. Curr Anaesth Crit Care. 2015;5:28-35.
4. Díaz E, González N, León O, Rendón A, Vázquez A. EMIVA en el paciente crítico. Evaluación de la vía aérea. 2016;15-25.

## Capítulo 136

# EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA CATÁSTROFE

MARTA CANEL FERNÁNDEZ

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

## 1 Introducción

Terremotos, inundaciones, conflictos armados, movimientos masivos de refugiados…todos ellos y muchos más, cada vez se producen más a menudo. Muchos desastres ahora se definen como catástrofes o emergencias humanitarias. El personal sanitario contribuye a nivel internacional al cuidado de los países, comunidades, familias y personas que son o han sido víctimas de un desastre o catástrofe.

Las profesiones más importantes involucradas en el cuidado de la salud a nivel mundial son todas las que engloba el sistema sanitario ya que todas ellas estas posicionadas para contribuir decisiva y eficazmente una respuesta ante una catástrofe, el personal sanitario ayuda a la preparación, gestión, respuesta, recuperación y desarrollo de la capacidad de adaptación ante catástrofes para así reducir el impacto de posibles catástrofes futuras.

Los sanitarios comprometidos a nivel local, nacional e internacional desempeñan un papel clave en la prevención, servicio y gestión de la atención en situaciones de catástrofe.

Los sanitarios asumen puestos que pueden ser tanto de gerencia y liderazgo como de atención directa. Estos puestos existen para ayudar no solo a salvaguardar la vida y mantener la salud durante la fase aguda de la catástrofe sino que también durante la fase de recuperación de la catástrofe.

Un papel fundamental del personal sanitario es la participación en el desarrollo de las infraestructuras y procedimientos necesarios para hacer frente a estos elementos surgidos en la naturaleza.

## 2 Objetivos

Describir la respuesta del personal sanitario ante situaciones de catástrofe, resaltando la importancia de la formación y el conocimiento de los protocolos de actuación.

## 3 Metodología

Se ha diseñado un estudio de revisión bibliográfica en bases de datos electrónicos. Las bases de datos utilizados han sido las siguientes: Bliblioteca Virtual de la salud de España (BVS), Medline, PubMed y CINAHL.
Se han utilizado las siguientes palabras como descriptores: personal sanitario, catástrofe, formación, respuesta, recuperación…

## 4 Resultados

Las catástrofes se clasifican en los siguientes niveles:
Nivel I: si la organización o comunidad puede contener el evento y responder de manera positiva utilizando sus propios medios o recursos.
Nivel II: si la catástrofe requiere asistencia de medios externos pero se puede conseguir ayuda cercana.
Nivel III: si la catástrofe es de una dimensión que excede la capacidad de la localidad o provincia y necesita asistencia gubernamental o incluso ayuda de otros países.
El personal sanitario a menudo se encuentra con situaciones difíciles y con recursos limitados, desempeñando papeles vitales cuando ocurre una catástrofe, actuando de diferentes formas( primeros auxilios, oficiales de triage, suministrador de información y atención, apoyo psicológico, desarrollo de procedimientos de control de infecciones…).
Por otro lado, tenemos que tener en cuenta que los sistemas de salud y la atención médica en situaciones de catástrofe solo tiene éxito cuando el personal sanitario tiene la formación y las habilidades fundamentales para responder de manera rápida y efectiva.

Con el creciente número de catástrofes naturales o provocadas por el hombre, numerosas instituciones públicas, privadas, locales y nacionales han comenzado a preparar algún tipo de planes de actuación y respuesta. En primera línea destacaremos a los hospitales y personal médico que serán los primeros en responder ante una catástrofe.
Muchos sanitarios no están listos para enfrentarse a sucesos catastróficos por lo que la formación continua y los protocolos de actuación son muy importantes para enfrentarse a ello.
La finalidad de la preparación para catástrofes es garantizar la existencia de sistemas, procedimientos y recursos adecuados para proporcionar una asistencia rápida y efectiva a todas las víctimas de la catástrofe, facilitando así las medidas de socorro y la recuperación de los servicios incluyendo las actividades que hay que llevar a cabo antes de una catástrofe para garantizar que la respuesta se desarrolle sin problemas.

## 5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que los sistemas de salud desarrolles políticas para la gestión de las catástrofes.
Los programas de preparación son esenciales para aumentar la conciencia sobre la gestión de catástrofes.
El personal sanitario debe de ser consciente de realizar su función en una catástrofe, estar preparado para afrontar situaciones críticas y aplicar sus conocimientos para enfrentarse a diferentes personas y situaciones.
Para todo ello es imprescindible una buena formación y entrenamiento.
Por todo ello, la puesta en marcha de actuaciones estandarizadas por parte de los sistemas de salud para hacer frente a catástrofes y deben tener en cuenta la formación como una parte esencial que va a ayudar y prevenir y salvar muchas vidas.

## 6 Bibliografía

.Leaning J, Guha-Sapir D. Natural disasters, armed conflict and public health, New Eng J M 2013;370(8):783-4.
.Subbarao I, Lyznicki J, Hsu E, Gebbie K, Markenson D, Barbara B, et al. A consensusbased educational framework and competency set for the discipline of disaster medicine and public health preparedness. DisasterMedPublicHealthPrep. 2008;2:57-68.

.Lindell MK, PraterCS. Assessing community impacts of natural disasters. Natural Hazards Rev 2003;4(4):176-85.
.Gladston S, Nayak R. Disaster Preparedness Among Nurses working in A Paediatric Acute Care Setting of A Tertiary Hospital, South India. IOSR J NursHealthSci 2017;6(!):55-9.

## Capítulo 137

# EL PERSONAL SANITARIO Y SU EXPOSICIÓN A RIESGOS BIOLÓGICOS

MARTA CANEL FERNÁNDEZ

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

## 1 Introducción

El personal sanitario en los hospitales lleva a cabo una serie de tareas, la mayor parte de ellas están relacionadas con la atención a los pacientes. Durante el desempeño de su trabajo están potencialmente expuestos a diferentes riesgos laborales y estos pueden ser riesgos físicos, químicos, ergonómicos, biológicos y psicológicos. Todos estos riesgos pueden relacionarse entre sí de un modo complejo de manera que algunos efectos sobre la salud que son causados por agentes biológicos pueden evitarse o prevenirse a través de la vacunación y su respuesta inmune puede verse alterada por el estrés crónico. En algunas situaciones, la exposición a riesgos laborales puede relacionarse con enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo o accidentes laborales. Por una parte, se conoce que los trabajadores sanitarios debido a su entorno y los trabajadores sociales alcanzan la tasa más alta de enfermedades relacionadas con el trabajo. Por otra parte, la exposición del personal sanitario a riesgos laborales biológicos parece ser especialmente frecuente en este sector perteneciente a la salud. En los centros sanitarios u hospitales las infecciones se encuentran entre los riesgos más importantes para el personal sanitario. Gran parte de las diferentes secciones en las que se divide un centro de salud ocupacional tienen programas muy interesantes y organizados, en ellos están incluidos los programas de vacunación que previenen y tratan algunos riesgos biológicos que ya son conocidos.

## 2 Objetivos

Describir los riesgos biológicos a los que puede estar expuesto el personal sanitario.

## 3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos como son: Pubmed, Medline y el motor de búsqueda científico de Google Académico,
En relación a los descriptores, se han utilizado los siguientes términos: trabajadores de la salud, medidas de prevención, riesgos biológicos, salud laboral, protección laboral…

## 4 Resultados

Después de haber leído detalladamente diferentes artículos relacionados con este trabajo se ha encontrado que existe un número elevado de artículos relacionados por el estudio de los factores de riesgo que tiene el personal sanitario durante su actividad laboral. Un dato a destacar es que encontramos que profesionales sanitarios que habían sufrido un accidente biológico, muchos de ellos no informan a su superior del accidente ocurrido.
En relación a accidentes relacionados a exposiciones accidentales a sangre y fluidos biológicos el 90% estaba relacionado con exposiciones percutáneas, siendo los pinchazos los más frecuentes y el fluido biológico más frecuente es la sangre, siendo las manos la zona del cuerpo que más se contamina. En cuanto a los materiales que suelen estar implicados en estos accidentes son las agujas desechables, instrumental quirúrgico (agujas de sutura y bisturí). La gran mayoría de los accidentes se producen por no desechar de forma adecuada el material, dejándolo en sitios inadecuados o intentando encapuchar las agujas para desecharlas al cubo destinado para ello. La reacción del sanitario después de haberse producido el accidente, gran parte de ellos, limpiaba la herida con desinfectante o se provocaba el sangrado de la herida. Sólo se trataban con un antirretroviral postexposición después de haber sufrido un accidente con algún objeto que había estado en contacto con alguna fuente portadora de VIH.
La mayoría de los accidentes se habían producido en el área de cirugía general, ginecología y obstetricia y pediatría.

Por otra parte, el personal sanitario está expuesto a diferentes tipos de virus y de bacterias pudiendo poner en riesgo su salud.
Otro factor de riesgo que facilita la transmisión y contagio de virus o bacterias es el empleo de teléfono móvil en el horario laboral. De los teléfonos móviles analizados, se encontró que el 10 % contenía virus de diferentes tipos y sólo el 13 % de las personas limpiaban su teléfono móvil de forma regular antes de usarlo.

## 5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se pueden ver los diferentes factores de riesgo a los que está expuesto el personal sanitario en los diferentes puestos de trabajo ya sean enfermeros, médicos, técnicos auxiliares de enfermería, etc. durante su jornada laboral. Todos estos factores de riesgo se asocian con diferentes accidentes que pueden ser provocados por objetos punzantes, agujas que pueden estar infectadas, virus que están presentes en el aire o en superficies o materiales que el personal sanitario usa a diario.
Por todo ello, es muy importante aplicar los protocolos de prevención e intervención que puedan prevenir el contagio de enfermedades o de virus.
Es muy importante concienciar a todo el personal sanitario de utilizar los protocolos e informarles de las consecuencias que pueden tener al no actuar de una forma adecuada ante un accidente.

## 6 Bibliografía

1. Basso A, Serra R, Drago I, Soleo L, Lovreglio P. Biological accidents at work among resident physicians in specialist training at Bari University Hospital, Italy. Am J Infect Control 2016;44(11):265-7.
2. Pérez C, Torres M, de la Red G, Msabri N, Niño E, Sobrino J. Incidencia de exposiciones accidentales a sangre y fluidos biológicos en el personal sanitario de un hospital comarcal. Gac Sanit 2017;31(6):505-10.
3. Rule AM, Apau O, Ahrenholz SH, Brueck SE, Lindsley WG, de Perio MA, et al. Healthcare personnel exposure in an emergency department during influenza season. PLoS One 2018;13(8).
4. Coppola N, de Pascalis S, Onorato L, Calò F, Sagnelli C, Sagnelli E. Hepatitis B virus and hepatitis C virus infection in healthcare workers. Worls J Hepatol 2016;8(5):273-81.

## Capítulo 138

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM

TRINIDAD CARRASCO PERONA

## 1 Introducción

Durante la fase terminal del paciente, han de dispensarse cuidados hacia el paciente moribundo y su familia, preservando la dignidad del mismo. Posteriormente, cuando el paciente ya ha fallecido, se debe proceder a realizar la preparación del cuerpo del finado.

Podemos decir que los cuidados post mortem se refiere a todos aquellos que se realizan después del cese de toda actividad vital, cuando el médico certifica el fallecimiento del paciente.

Para terminar esta introducción es importante conocer algún concepto como:

- Agonía:

La agonía es el estado anterior a la muerte que sucede en aquellas enfermedades en las que esta se produce lentamente. La agonía puede ser lúcida cuando se conserva el conocimiento, y comatosa cuando no existe ese conocimiento.

El enfermo que se encuentra en este periodo se denomina enfermo agonizante.

Los signos y síntomas de este periodo son:

- Alteraciones de la circulación sanguínea:

Piel pálida y fría, cianosis (color azulado), pulso débil, rápido e irregular, hipotensión arterial.

- Alteraciones de la respiración:

Puede presentar bradipnea, taquipnea, respiración de Cheyne-stokes.

- Alteraciones musculares:
Cuerpo flácido, pérdida del tono muscular, descontrol de esfínteres (anal y vesical), mandíbula caída y boca abierta, frialdad de la piel.
- Alteraciones oculares:
Se producen midriasis o dilatación de las pupilas

## 2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas de muerte.
- Enumerar los cuidados a realizar después del exitus del paciente. Y lo más importante concienciar sobre la actitud del equipo de enfermería de respeto y empatía con los familiares del ser humano en cualquiera de sus momentos evolutivos, incluso en la muerte.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Signos y síntomas de la muerte:
- La muerte se define como el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo.
También se la denomina como: fallecimiento, defunción, deceso, óbito o exitus.
Los primeros signos de la muerte son:
- Cese de las funciones respiratorias: no se escuchan ruidos respiratorios al auscultar al paciente.
- Cese de la función cardiaca: desaparece el pulso arterial, no se auscultan ruidos cardiacos, y el electrocardiograma no revela actividad eléctrica del corazón.
- Cese de la función cerebral, no responde a estímulos externos como los dolorosos y el electroencefalograma no revela ninguna actividad eléctrica cerebral.
- Inmovilidad.
- Frialdad de la piel.

- Atonía muscular.
- Falta de reflejos.
- Midriasis.
- Parada cardiaca y respiratoria.
- Ausencia de actividad cerebral.

Signos y síntomas de la muerte tardía:

Son los signos finales de muerte:

- Enfriamiento del cuerpo, algor mortis. Este enfriamiento varía dependiendo de la causa de la muerte, de la edad, estado de nutrición, medicación administrada, temperatura ambiental. Esto en la primera hora.
- Rigidez cadavérica. Denominada también rigor mortis, comienza aproximadamente a las 2 o 3 horas y es originada por una contracción muscular generalizada, completándose este estado a las 8 o 10 horas del fallecimiento, y desaparece aproximadamente a las 35- 40 horas.
- Lividez cadavérica también denominada livor mortis, son manchas de color rojo violáceo que aparecen en diferentes zonas de la epidermis y que son originadas por depósitos de sangre. Dependen de la posición del cadáver. Por ejemplo, si el paciente estaba en decúbito supino aparecen en la espalda, glúteos, parte posterior de los muslos y piernas.
- Putrefacción o periodo de descomposición de la materia orgánica. Está originada por las bacterias de la putrefacción y comienza a notarse a las 12 a 14 horas de la muerte. Generalmente, dura entre 3 y 5 años, al cabo de los cuales queda solamente la estructura ósea.

Actitud del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el fallecimiento:

En el caso de que la muerte haya sido provocada por un accidente o de una forma inesperada hay que intentar la reanimación cardio-respiratoria, ya que hay ocasiones en que se puede recuperar a una persona.

Si cuando nos traen el cadáver aparecen signos de violencia no se puede mover el mismo hasta la aparición de las autoridades.

Cuidados Post-mortem:

Son el conjunto de atenciones que se prestan al fallecido para su posterior traslado hasta el velatorio, tanatorio, o el depósito de cadáveres.

Hasta que el médico certifique la muerte del paciente no se hace ningún cuidado.

Si en el momento de la muerte no lo acompaña ningún familiar, se avisa a la familia y se les comunica la despedida si la hubo.

Amortajar al paciente antes de que aparezca la rigidez cadavérica (2 a 6 horas).

Esta pauta se lleva a cabo en la intimidad.

Los cuidados que se ofrecen al paciente después de su muerte son siempre con respeto y sin brusquedades como si viviera.

1. Preparación de los materiales:

- Carro de ropa sucia.
- 2 sábanas limpias.
- Mortaja (ahora sudario).
- Toalla.
- Algodón.
- Esparadrapo.
- Agua.
- Jabón.
- Pinzas.
- Guantes.

2. Poner los guantes, bajamos la cama y retiramos del fallecido todos los objetos personales, como joyas, ropa, poniéndolas en una bolsa que identificamos como pertenencias personales: nombre completo, número de habitación, fecha y contenido de la bolsa.

3. Retirar todas las almohadas de la cama, excepto la que se coloca debajo de la cabeza.

4. Poner el cuerpo en decúbito supino, estirando las extremidades inferiores sin brusquedad para evitar la presencia de equimosis.

La cabeza y los hombros deben quedar levantados para que no aparezcan cambios de color al estancarse la sangre.

5. Retirar todos los apósitos sucios, vendas, tubos y palomillas, catéteres o agujas. Cubrir todas las incisiones con un apósito limpio y pequeño.

6. Lavar las manos, cara y resto del cuerpo, se debe realizar con cuidado y esmero la atención bucal: dientes, boca y encías.

7. Taponar con algodón todos los orificios naturales, boca, fosas nasales, oído, recto y en la mujer vagina.

8. Colocar las prótesis dentales en la boca y cerrarla, se hace poniendo la mano bajo el mentón y haciendo una ligera presión.

Si la boca no permanece cerrada, debe colocarse una venda bajo la barbilla anudándola fuertemente a la cabeza.

9. Cerrar los ojos, si están abiertos, aplicando una presión suave con las yemas de los dedos durante un momento. Si no permanecen cerrados se coloca una torunda húmeda sobre cada uno.

10. Peinar el cabello.

11. Colocar los brazos sobre el abdomen, en posición de descanso, o sobre el tórax en forma de aspa, atar las muñecas y tobillos con vendas y colocar esparadrapo. La identificación del fallecido en los tobillos.
12. Introducir el cuerpo en el sudario con la ayuda de un compañero/a.
13. Pasar el cuerpo a una camilla con ruedas y cubrirlo en su totalidad con una sábana.
14. Cerrar las puertas de las habitaciones para el traslado a la morgue utilizando lugares poco transitados.
Este traslado deberá hacerse con naturalidad y discreción, evitando perturbar a otros pacientes o visitantes.
15. Entregar la bolsa con las pertenencias a la familia.
16. Retirar la ropa de la cama.
17. Limpieza, desinfección y preparación de la habitación para su uso posterior.
La supervisora de la planta deja registrada en la historia del paciente la hora a la que se produjo el exitus, observaciones de interés, médico que firmó la muerte, etc.
En cuanto a la familia, hay que tratarla con respeto, interés y comprensión.
Se mantendrá una actitud de disposición constante.
La expresión verbal de los sentimientos tal vez ayude a reducir la angustia inicial.
No se habla de la muerte del paciente con otros enfermos o visitantes.

## 5 Discusión-Conclusión

Los cuidados post mortem son una extensión de los cuidados que recibe el paciente en vida, así como la atención a los familiares del fallecido, dado que pasan por un complicado proceso de duelo, con lo cual deben ser tratados con respeto, empatía y compresión.
En este proceso es fundamental la preparación del cuerpo para su posterior traslado a otros lugares como un velatorio, a un tanatorio, por lo que es nuestra responsabilidad el cuidado final de ese cuerpo que debe hacerse con toda delicadeza.
La actitud del equipo de enfermería se deberá basar en una actitud de respeto al ser humano, también en la muerte.

## 6 Bibliografía

1. Protocolos cuidados post mortem. Hospital de Cabueñes (Gijón).
2. Técnicas básicas de Enfermería McGraw Hill. ISBN: 978-84-481-8533-6.

3. Post mortem atención de Enfermería. Disponible en: www.yoamoenfermeriablog.com.

## Capítulo 139

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

SABELA OTERO RIAL

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

## 1 Introducción

El quirófano es un espacio aislado e independiente que tiene un hospital para practicar intervenciones quirúrgicas.
El quirófano incluye el área exterior donde se realiza la preparación preoperatoria y la reanimación tras las cirugías.

La funcion de los quirófanos es ofrecer solución a todas las intervenciones, programadas o urgentes.
Los primeros quirófanos surgieron en Grecia, allí realizaban cirugías en templos o al aire libre, con una cuestionable asepsia y muy pocos recursos.
Apenas tenían instrumental, y no existían fármacos anestésicos o antisépticos.
En el siglo XIX llegan los quirófanos modernos, y durante esta estapa, los médicos ven la importancia de la higiene durante sus cirugías, intentando ser mas cuidadosos para evitar las infecciones.
Se inventó el cloro como desinfectante y se descubrió la anestesia para evitar el dolor en los pacientes.

En el siglo XX llegan las primeras tecnologías y practicas medicas mas estrictas . Se mejora considerablemente con los sistemas de iluminación para ver mejor y los equipos de monitorización.
Se afianzan las medidas de higiene y aparece la esterilización de instrumental, productos y vestimenta con objeto de reducir el riesgo de infecciones.
Aparecieron nuevos medicamentos, y los que ya se conocían, se volvieron mas seguros.
Los quirófanos de hoy, son innovadores, donde se cuenta con la tecnología mas puntera, robots quirúrgicos, instrumental moderno, monitorización constante, imágenes en tiempo real, medicación amplia y mejorada, centrales de esterilización, personal multidisciplinar y cualificado para ello, además, de diferentes protocolos según lo que se vaya a desempeñar

## 2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en el servicio de quirófano.

## 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 : Medline y Scielo, seleccionando información en un libro y a través de la experiencia de trabajo en el hospital.

## 4 Resultados

En el mundo se realizan 234 millones de operaciones de cirugía mayor (con quirófano y anestesia) al año. Significa que 1 de cada 25 personas pasan por quirófano anualmente.
En el servicio de quirófano trabaja un equipo multidisciplinar, donde cada uno tiene sus funciones, pero con total apoyo y comunicación entre todos los integrantes.

Está compuesto por:
-1 jefe de servicio
-Anestesistas
-Cirujanos

-Radiólogos
-Médicos de diferentes especialidades, según el quirofano
-Supervisores de enfermería
-Enfermeros instrumentadores quirúrgicos
-Enfermeros
-TCAES
-Celadores

Se atiende a personas que necesitan una cirugía ya sea de forma urgente o programada. Algunos tipos de cirugías son :

• Cirugía menor: intervención ambulatoria que no necesita hospitalización.
• Cirugía mayor: se realiza con anestesia general y ayuda respiratoria.
• Cirugía reparadora: se realiza para corregir una deformidad o lesión.
• Cirugía diagnóstica: se realiza para obtener un diagnóstico.
• Cirugía paliativa: se realiza para aliviar los síntomas de una enfermedad.
• Cirugía cosmética: se realiza para mejorar la apariencia física.

Las funciones del TCAE en el area de Quirofano son la asistencia y preparación del paciente al que por supuesto, identificaremos previamente, preparación de instalaciones, maquinas y materiales, asistencia y apoyo al equipo de quirófano, recogida de materiales, eliminación de residuos ,limpieza sobre el material sanitario y orden del puesto de trabajo.
Cuando llega el paciente a la antesala de quirófano, se identifica y se le coloca una pulsera identificativa. Se comprueba que el paciente esta orientado y que sabe a lo que viene, o en su caso, que nos informe quien lo acompaña de estar ante el paciente correcto.
Se deben revisar también los consentimientos, y que toda la documentación esta en orden.
Se pasa el listado general de pacientes, mientras se comprueba si necesitan algo como una cuña para orinar, rasurado.
Se les deja nada mas que con un camisón, la pulsera identificativa y un gorro de quirófano.
La enfermera tras escuchar la comprobación de identidad va administrando lo necesario para pasarles a quirófano cuando lo indiquen.
Los pacientes deben entrar sin esmalte en las uñas, joyas, lentes de contacto , prótesis, etc.
El quirófano estará preparado y asistido por otro TCAE que desde dentro debe velar porque este todo limpio y ordenado antes y después de cada operación.

Se preparan las batas y guantes esteriles del personal que necesite, atendiendo las tallas de cada uno. Se preparan los campos, gasas, antiséptico, etc. Atendiendo al quirófano donde nos encontremos y al tipo de operación quirúrgica, se seleccionaran unas cajas de quirofano u otras, que se seleccionaran y colocaran en el quirófano antes de la operación. En ellas habrá el instrumental que los cirujanos necesiten. Tambien se preparan y comprueban los sistemas de aspiración, y todo lo previsto en la sala de quirófano.
El TCAE también colabora a la hora de pasar al paciente a la zona de operaciones, indicarle postura si esta es necesaria, comprobar rasurado y aplicar povidona yodada , si así se necesita.
En el momento de la intervención el TCAE tiene funciones propias y compartidas. Pasará al equipo los materiales necesarios intentando no tocar y manteniendo la máxima esterilidad en el proceso, colabora con la enfermera en técnicas que se realicen al paciente, tendrá orden en cuanto a los materiales, contará las gasas que se van utilizando, y las que se retiran en el posterior conteo, ayudará al equipo a ponerse la bata quirúrgica, repondrá gorros y calzas, ayudará al confort del paciente, colabora en el traslado del paciente de la mesas quirúrgica a la cama, avisará al celador de los traslados, estará en contacto y colaboración con el equipo y notificará cualquier posible incidencia.

Tras terminar de usar el quirófano, queda limpiar y recoger todos los instrumentos utilizados durante dicha intervención y preparar el material necesario para la siguiente operación.
Se tira el material desechable, se retiran y llevan al sucio los materiales que pueden volver a ser utilizados y necesitan esterilización, otros como aparatos, torres, bombas, mobiliario, las lámparas, etc se limpian allí in situ.
Se cambian y cierran los sistemas de aspiración entre una cirugía y otra.
Se ordenan y colocan materiales. Se deshacen los residuos del modo correcto, comprobando el estado de los contenedores. Se cambian cada vez que se neecesite.
Se colocan sabanas nuevas sobre el quirófano, y se avisa una vez que lo sanitario este limpio y ordenado a las compañeras de limpieza para que puedan hacer su labor, y con ello, empezar el ciclo y dejar preparado el quirófano para el siguiente paciente que necesite ser intervenido.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel fundamental y complejo en el quirófano, puede ocuparse de pacientes en antesala, prestar apoyo en quirófano o estar en lo sucio limpiando y clasificando los materiales antes de bajarlos a la central de esterilización, para evitar que les lleguen muy sucios con restos orgánicos o desordenados.
En algunos hospitales se envían las cajas ya montadas solo para esterilizar, y en otros, se mandan los materiales con cierto orden, pero sin montar cajas, y sin desmontar los equipos. Esto depende como siempre, de las costumbres y protocolos de cada hospital.
El TCAE colabora en todo lo que pueda contribuir al buen trabajo del equipo y al bienestar de los pacientes

## 6 Bibliografía

1. https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/quirofano/
2. https://www.sanidad.es/historia-de-los-quirofanos/
3. https://daeformacion.com/funciones-tcae-quirofano/
4. https://medicoplus.com/medicina-general/tipos-cirugias
5. https://estilonext.com/tratamientos/tipos-cirugia
6. Tecnicas básicas y cuidados para auxiliares de enfermería. Logoss.

## Capítulo 140

# BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO: UNA REALIDAD CRECIENTE

MARÍA TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

MARÍA ARANTZAZU DÍAZ ÁLVAREZ

MARÍA INMACULADA GONZÁLEZ MORENO

JOSÉ RUBÉN HUERGO FERNÁNDEZ

NOELIA GONZÁLEZ PELÁEZ

## 1 Introducción

En la sociedad avanzada que nos toca vivir, con su acelerado y competitivo ritmo de vida, es innegable la aparición de fenómenos como el estrés, el burnout, la despersonalización, etc., entre la población.

El estrés ha sido un aspecto que en principio a tardado en ser reconocido, pero que producido importantes daños en nuestra sociedad, que se acabo comparando como una epidemia silenciosa entre la población en general. El ritmo acelerado de vida, las numerosas obligaciones, la competitividad presente en muchos aspectos de nuestras vidas, etc., han generado en nosotros un incremento de una tensión física y emocional importante, llamada estrés. Esta situación de estrés afecta de manera lesiva, tanto nuestra salud, como a nuestro bienestar, y, en consecuencia, afecta también nuestra satisfacción laboral y profesional.

En el ámbito laboral, este fenómeno del estrés esta también muy presente, y muy particularmente en el sector sanitario hospitalario, donde aspectos como la turnicidad horaria con cronogramas que van en contra de los biorritmos naturales del organismo, la sobrecarga de trabajo, la atención directa a usuarios con diversas patologías, que están cada vez más informados y cada vez más demandantes y exigentes, etc., favorecen la aparición del estrés en el personal hospitalario.
La cronicidad de este estrés y su mala resolución acaba generando un desgaste y una quemazón profesional, que comienza con una progresiva pérdida de interés y atención emocional hacia el propio trabajo e incluso hacia los compañeros. Muchos autores científicos identifican esta situación laboral con el termino anglosajón de burnout.
Las organizaciones hospitalarias por su forma de gestión y su sistema organizacional son un sector profesional donde existe un importante nivel de burnout entre sus profesionales.

## 2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es identificar los principales aspectos y factores, tanto laborales como epidemiológicos, que puedan facilitar la aparición y el desarrollo del burnout entre el personal del hospital.

## 3 Metodología

Para la ejecución de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de documentos obtenidos en bases de datos de páginas especializadas de internet como Dialnet, Pubmed, Medline, Lilacs, SCielo.
Las palabras claves utilizadas en esta búsqueda documental han sido: estrés, burnout, personal hospitalario.
La búsqueda documental se realizo durante los meses de julio2023 y agosto 2023, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo que va desde el año 2000 al año 2022.

## 4 Resultados

De nuestra revisión documental se han obtenido varios datos sobre los principales factores que motivan la aparición del fenómeno de desgaste profesional o burnout en los profesionales del sector hospitalario.

El primer dato observado es que el burnout se presenta en un nivel medio-alto entre los profesionales del hospital. En las unidades donde la responsabilidad es muy alta, donde existe una atención directa a los pacientes, donde la toma de decisiones importantes es de forma casi inmediata, donde existe una importante carga de trabajo, etc., son los departamentos con un mayor y más alta tasa de burnout hay entre los profesionales.

La sobrecarga de trabajo a la que están expuestos los trabajadores de los hospitales parece ser uno de los principales motivos que favorecen la aparición del burnout. Esta sobrecarga que no es otra que un aumento de funciones y actividades puede generar unas consecuencias cuyas secuelas pueden ir desde el agotamiento físico hasta el agotamiento emocional, desmotivación para terminar con una depresión severa.

En cuanto a los aspectos epidemiológicos, la edad de los individuos no parece influir de forma directa en la aparición del síndrome del burnout, pero si observamos la existencia de un periodo en la vida profesional, en el cual los sujetos están más predispuestos a sufrir el burnout. Ese periodo suele coincidir principalmente con los primeros años de vida profesional, en los que el trabajador inicia su actividad laboral con una alta carga de ilusiones y expectativas sobre su profesión, que progresivamente la realidad diaria del trabajo va a diluir, y poco a poco va aprendiendo que las recompensas profesionales no son ni las prometidas ni las esperadas.

En referencia al sexo, parece ser que el colectivo femenino sería el grupo más vulnerable. La difícil doble tarea de compaginar el trabajo y el rol familiar podría ser una de las principales causas de aparición del desgaste profesional en este grupo. Por otra parte, también es cierto que el colectivo femenino ocupa principalmente las funciones de cuidados directos con los pacientes, que es un aspecto muy favorecedor de la aparición del síndrome de burnout.

Otra observación importante obtenida en esta revisión documental es en referencia al esta civil de los profesionales del hospital. No existe unanimidad entre los autores revisados, pero hay mayoría de estos que documentan que las personas solteras están más predispuestos a sufrir el burnout, es frecuente el cansancio emocional, la falta de realización personal, una importante despersonalización, etc. Las personas casadas o con pareja relacional estable, y las personas con descendencia suelen afrontar mejor el desgaste emocional generado en el entorno laboral. Por otro lado, el apoyo familiar es siempre un beneficio para la recuperación emocional de estos profesionales del hospital.

Un importante dato obtenido en este trabajo es que el horario rotativo con cronogramas que van desajustado con los ritmos circadianos del organismo es un

potente favorecedor para la aparición del desgaste profesional. Los principales turnos realizados propician alteraciones del ritmo del sueño, trastornos gastrointestinales, alteraciones cardiovasculares, etc., que inducen al cansancio físico y emocional que finaliza con la aparición del burnout.

## 5 Discusión-Conclusión

El burnout o desgaste profesional presenta unos niveles medio-alto entre el personal profesional de los hospitales.
Las principales consecuencias del burnout sobre los trabajadores es presentar un desinterés por el propio trabajo y una despersonalización progresiva de estos profesionales, pudiendo llegar a situaciones depresivas.
Unidades donde la excesiva responsabilidad, la sobrecarga de trabajo, la toma de decisiones vitales de forma casi inmediata, cronogramas rotativos con inclusión de turno nocturno, etc., parecen ser los entornos profesionales más favorecedores para la aparición del fenómeno del burnout.
Las personas con poca trayectoria profesional, el colectivo femenino, las personas solteras, etc., son estadísticamente los principales factores de riesgo de sufrir el desgaste profesional o burnout.
Una buena prevención de estas situaciones lesivas para la salud de lo trabajadores del hospitales pasaría por incluir en sus largas formaciones, algún aspecto formativo que pueda ayudar a prevenir y a gestionar la resolución de estas situaciones laborales lesivas.

## 6 Bibliografía

1. Manzano G, Fernández N. El síndrome de burnout: sus efectos y prevenciones en las organizaciones. Revista Capital Humano 2002, 151:50-57.
2. Alvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o desgaste. Revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatric 1991; 11:257-265.
3. Mingote J. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continua. 1998; 5(8):493-509.
4. Llaneza J. Ergonomía y psicosociología aplicada. Manual para la formación del especialista. 3ª Edición. Ed. Lex Nova; 2003: 493-516.
Mediano L, Fernández G. El burnout y los médicos: un peligro desconocido.Ricardo Prats y Asociados; 2001: 11-93.
5. Rocha J. Síndrome de burnout ¿el médico de urgencias incansable? Rev Mex Med Urg 2002; 1(2): 48-56.

6. Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. Medifam 2002; 12 (10): 613-619.

## Capítulo 141

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES PALIATIVOS

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

SHEILA ARENAS MARTINEZ

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

## 1 Introducción

A lo largo de la vida el ser humano tiene diferentes etapas por las que tiene que pasar y el final de la misma es una más que debe aceptarse como parte de este ciclo vital.
El inicio de los cuidados paliativos se origina con el movimiento ”Hospice” que fue liderado por Cicely Saunders a finales de los años 70 en Reino Unido. Es a partir de esta fecha cuando empiezan a desarrollarse por el resto de Europa, La OMS define los cuidados paliativos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos, a partir de esta definición podemos clasificarlos en dos grandes grupos:
- Pacientes oncológicos.
- Pacientes no oncológicos.

La primera unidad de cuidados paliativos en España se inició en el año 1982 aunque no se hizo oficial hasta octubre del año 1987.
Actualmente, existen equipos especializados en los cuidados paliativos que se distribuyen en atención hospitalaria, atención en domicilio, hospitales de día y otras instituciones. En general, el propósito está en garantizar el acceso a todos los pacientes que los precisen.
Con esta información podemos definir que la finalidad de estos cuidados es la de aliviar el dolor, controlar los síntomas, apoyar psicológica, social y espiritualmente tanto a los pacientes como a sus familias.

## 2 Objetivos

- Describir la importancia y la función del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermeria (TCAE) ante pacientes paliativos en términos generales.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha buscado y recopilado la información existente sobre este tema concreto, se ha realizado una búsqueda minuciosa consultando tanto libros como artículos de páginas web, como, por ejemplo, SECPAL, Scielo, Google académico y de libros relacionados con nuestra profesión como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

## 4 Resultados

En primer lugar, debemos diferenciar los cuidados paliativos de la atención a pacientes terminales, la diferencia entre ellos está en que, en el caso de los paliativos, lo que se propone es brindar bienestar. Los cuidados paliativos pueden comenzar en el momento del diagnóstico y se pueden dilatar al mismo tiempo que el tratamiento, mientras que, la atención a pacientes terminales se brinda una vez finalizado el tratamiento cuando es claro que el paciente no va a sobrevivir a la enfermedad que padece. Este tipo de atención se brinda solo cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos.
Partiendo de la diferencia entre estos cuidados, determinamos que el TCAE tiene que estar alerta en los cuidados físicos del paciente, manteniendo una higiene óptima de la piel para que esté limpia e hidratada, siendo fundamental también la higiene de la cavidad bucal, adaptar la alimentación a sus gustos, preferencias

y a su capacidad, aportar líquidos para su correcta hidratación mediante zumos, infusiones, etc.
Colaborar en la eliminación de la materia fecal, por ejemplo, aliviando estreñimiento; estimular la movilización dentro de las posibilidades específicas del paciente, evitar las úlceras por presión en caso de pacientes encamados.
Y además, muy importante, facilitar y favorecer el correcto descanso aplicando tratamiento farmacológico si fuera necesario, siempre bajo prescripción médica, así como aplicar técnicas de relajación que favorecen el reposo y aumenten el confort.
También debemos tener en cuenta, la importancia de atender otros síntomas concretos como pueden ser: disnea, movilización de secreciones, toma de constantes vitales con asiduidad, administración de tratamientos prescritos, cuidado y limpieza de catéteres, bolsas de diuresis, bolsas de colostomía, sondas vesicales, sondas nasogástricas y comunicarse y escuchar al paciente desde la empatía.

## 5 Discusión-Conclusión

En base a toda la información anterior, podemos concluir con que:
La calidad asistencial con la que se llevan a cabo los cuidados paliativos determinará la calidad de vida de los pacientes, así como la aplicación de los procedimientos de enfermería, teniendo siempre presente que todas las personas tienen derecho a una asistencia de calidad.
Que las adecuadas prácticas sanitarias son realmente imprescindibles a la hora de dar la atención a este tipo de enfermos hasta que su vida llegue al final.
Y por último, apelar a la importancia, no solo de la aplicación de técnicas concretas científicas, sino también de actuar con humanidad y respeto, porque en estos cuidados se acompaña a la persona a sus últimos momentos y en muy necesario hacerlo con cariño, empatía y comprensión.

## 6 Bibliografía

1. Guía cuidados paliativos, WEB SECPAL.
2. Cuidados paliativos en España https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidad.

## Capítulo 142

# ¿QUÉ ES LA HEPATITIS? EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS ALCOHÓLICA

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

SHEILA ARENAS MARTINEZ

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

## 1 Introducción

La hepatitis es una alteración que se produce en el hígado. Esto hace que el órgano se inflame e hinche, indicándonos que hay un trastorno que lo sustenta. La lesión que ocurre en el hígado puede haber sido provocada por una infección, que lo esté dañando muy gravemente, y, en los casos más severos, incluso puede llegar a dejar de funcionar por completo. Este final nos dejaría una sola opción de supervivencia, el trasplante hepático.
Según el modelo de hepatitis que se padezca, puede cursar:

De manera rápida (aparece en breve tiempo). De forma arraigada (se extiende en los años).
Algunas infecciones conlleva padecer las dos pautas; aguda y cronificada.
1. Existen diversas clases de hepatitis. Unas, las provocadas por virus; están representadas por las primeras cinco letras del abecedario. A,B,C,D,E.
- La hepatitis A y E: se transfieren al entrar en contacto con comestibles o aguas infectadas, y por vía oral, fecal de una persona contagiada. A la E, también le sumamos, el comer productos carnívoros de cerdo, ciervo o mariscos que han sido poco cocinados o crudos.
- La hepatitis B: se transfiere al entrar en unión, con fluidos corporales, sangre o semen contaminados.
- La hepatitis C: se transfiere mayormente por entrar en unión con sangre contaminada.
- La hepatitis D: se transfiere al entrar en unión con personas que padecen la hepatitis B.
2. Otras causas de hepatitis pueden ser:
- La Hepatitis autoinmune; aparece cuando el sistema de defensa de una persona, arremete contra las células de su propio hígado. Se cree que puede ser causado por cuestiones genéticas que reaccionan al entran en contacto con determinados elementos ambientales.
- La Hepatitis tóxica; el hígado reacciona y manifiesta un daño incitante, ante determinados componentes. Los más destacados; alcohol, determinados medicamentos, etc

## 2 Objetivos

Dar a conocer qué es la hepatitis y conocer uno de sus desencadenantes, el producido por el abuso del alcohol.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave; Hepatitis alcohólica, Alcoholismo y Cirrosis.

# 4 Resultados

Hepatitis alcohólica:
El beber alcohol es una actividad integrada en nuestra cultura. Actos sociales, familiares, laborales, en cualquier aspecto de nuestra vida, siempre estamos expuestos a la invitación de su consumo. No se repiten lo suficiente, las campañas de prevención y concienciación, desde el Ministerio de Sanidad (como si se hace con el tabaco, entre otros), del peligro que se corre, cuando el consumo de estas bebidas, se vuelve adicción.
Debido a la práctica de tomarse una excesiva cantidad de alcohol durante bastantes años, el hígado enferma. El daño que este consumo le provoca, puede llegar a ser considerable, e incluso el órgano puede llegar a dejar de funcionar, llegando a un estado irreversible. En muchos casos la única esperanza de supervivencia de la persona alcohólica, es el trasplante hepático.
Una de las funciones del hígado, es la de eliminar sustancias tóxicas, entre ellas, las bebidas alcohólicas. Si esta función se deteriora, por el exceso de ingesta de alcohol, se produce una lesión grave, que puede llegar a suponer la muerte de la persona bebedora.
El alcohol, en el proceso de descomposición, genera más tóxicos dañinos, que hacen que el hígado se afecte, provocando inflamación y destrucción de sus células. Si el proceso no se detiene, y el bebedor, sigue consumiendo, la gravedad iría aumentando con la cicatrización del tejido hepático y cómo final sin retorno, la aparición de la cirrosis.
El trastorno suele comenzar sobre los 40-50 años de edad. Acostumbra a ser una enfermedad con más incidencia en los varones. Las mujeres, con menor cantidad de consumo de alcohol, pueden llegar a desarrollarla. Se sabe que también hay personas, que tienen el riesgo heredado de padecerla.
3 Etapas de gravedad de la hepatitis alcohólica:
1. Esteatosis hepática alcohólica.
- Se desencadena cuando se produce un acopio de grasa en el hígado, a consecuencia de las modificaciones producidas en dicho órgano, que ha generado el exceso de alcohol.
- Tiempo de actuación; Al abusar de la toma de una cantidad grande, durante un período de semanas, hasta llegar al año, o un poco más.
- Remite si se deja de consumir alcohol.
Algunos pacientes, que están en esta fase primaria de la afección, se quedan aquí, no empeoran, aunque sigan consumiendo bebidas alcohólicas. No avanzan hacia un agravamiento de más magnitud. Otros, sin embargo, siguen progresando en la

enfermedad, y van desarrollando los otros dos patrones de gravedad. 2. Hepatitis alcohólica:
- A esta etapa intermedia de gravedad, se llega cuando los tiempos de exposición del organismo al alcohol, continúan en el tiempo.
- Tiempo de actuación; Hablamos al menos, de 4 años de consumo excesivo, en adelante.
- Algunos pacientes, en este intervalo de la enfermedad, pueden llegar a curarse, si abandonan por completo el abuso del alcohol. Otros pasarán al siguiente nivel, y varios llegarán a fallecer.
3. Cirrosis:
- Aquí el daño ya es muy grave. El hígado sufre unos cambios en su tejido, que no se pueden revertir.
- Al tener que procesar tantas cantidades de alcohol a lo largo de los años, se van produciendo unos daños en su estructura, que las cicatrices resultantes, impiden que el órgano vuelva a funcionar con normalidad.
- Tiempo de actuación; El consumo excesivo de alcohol se prolonga en mucho tiempo. Al menos durante 10 años seguidos. Es irreparable.
- Algunos pacientes, no sientes cambios en su organismo cuando comienza la enfermedad. Aquí en este nivel último de la misma, ya han aparecido variados signos, en sus cuerpos, que avisan, de lo avanzado de su empeoramiento. Aparece la insuficiencia hepática, y los análisis de sangre muestran las alteraciones de sus parámetros.
- Muchos pacientes aunque abandonen por completo la ingesta de alcohol, acaban falleciendo por las complicaciones que emergen de esta enfermedad.
Síntomas de la hepatitis alcohólica:
1. El principal y más evidente a la vista, es la ictericia. Cuando la piel y la esclerótica, en los ojos, se ponen de color amarillo, al producirse una alta concentración de bilirrubina en la sangre.
- Algunas personas alcohólicas padecen de desnutrición, debido a que pierden el apetito. Esto ocurre al pasar varias horas al día consumiendo alcohol, sustituyendo las ingestas de comida, por la bebida.
2. Según la afección vaya avanzando a un estado más severo, las manifestaciones pueden ser:
- Ascitis (Se inflama el abdomen de líquido) y las piernas, o tobillos (edema).
- En los varones provoca; disfunción eréctil, impotencia, hinchazón mamaria, y testículos empequeñecidos.
- Heces claras o color arcilla que pueden cursar con sangrado.
- Cambios de humor o somnolencia.

- Anemia, insuficiencia renal, esplenomegalia( inflamación del bazo). 3. Si ya está en el último estadio de gravedad, puede padecer: Alguno de los síntomas anteriores, junto con:
- Hipertensión portal, varices esofágicas.
- Cirrosis (irreversible), confusión mental (encefalopatía hepática).
- Insuficiencia hepática, cáncer, trasplante de hígado, y como complicación última, el coma o la muerte.

Tenemos una visión muy tópica de un enfermo alcohólico. La realidad es que hay una variedad de motivos por los que un individuo llega a tener esa dependencia del alcohol.

Existen un grupo de bebedores denominados "sociales", que tienen incorporada a su rutina de vida diaria, el consumo de una excesiva cantidad de alcohol, sin percatarse de que están dañando gravemente su salud.

Tenemos también el grupo de los bebedores descritos como "desintegrados de la sociedad". Pacientes que han llegado al alcohol, por variedad de causas en su vida; no resueltas, ni tratadas, o no diagnosticadas, y que ello les ha llevado a un deterioro general de su condición como persona.

En cualquiera de los casos, debemos tratar a todos estos pacientes, en todas la áreas de la atención sanitaria, que precisen. Existen tratamientos y terapias para enfrentar esta enfermedad en todas sus fases y complicaciones.

El TCAE, debe mantener en todo momento, una actitud de respeto y tranquilidad, con el paciente. No caer en la desacreditación. No debe prejuzgarle por su comportamiento, o por el estado físico con el que llega al centro sanitario. Por ejemplo, si se realiza su ingreso por urgencias, debido a un grado alto de embriaguez.

Debe verlo como lo que es, una persona enferma por dependencia del alcohol. Como profesional del equipo de enfermería, tiene trato directo y participa en los cuidados del paciente alcohólico. Tras la disminución del estado de exaltación y ansiedad del enfermo, y siempre bajo las directrices del criterio médico, ayudará a que mejore su estado emocional y anímico. Y le brindará todos los cuidados, comprensión y atenciones, que le corresponden en su rol como profesional.

## 5 Discusión-Conclusión

Si se coge en sus inicios, la hepatitis alcohólica, se puede llegar a revertir, pero si la fase de la misma, ya está muy avanzada y aparece la cirrosis, entre otros signos severos, la dificultad para curarse y sobrevivir, será mucho mayor.

El primero y más importante paso a dar, para curarse o mejorar el estado del enfermo alcohólico, es la abstinencia total del alcohol.
En los cuidados de enfermería con estos pacientes, los procedimientos a seguir deben de ser multidisciplinares.
Son criterios que se deben acomodar individualmente a cada caso, y sus circunstancias personales. Cada individuo llega a este estado de abandono personal y empeoramiento en su patología, por causas distintas; predisposición genética o ambiental, problemas mentales, incapacidad de gestión de frustraciones personales, no reconocimiento de su dependencia del alcohol, etc.

## 6 Bibliografía

1. Quesada-Font A, Maillo-Fonseca A, Arévalos-Sánchez M, Espinosa-Guerra A. Hepatitis Virales. Actualización Bibliográfica. MULTIMED [revista en Internet]. 2014 [citado 16 Nov 2021]; 18 (4): [aprox. 13 p.]. http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/86.
2. Síntomas y causas - Mayo Clinic.
3. Hepatopatía alcohólica - Trastornos hepáticos y biliares - Manual MSD versión para profesionales (msdmanuals.com).
4. Hepatitis Alcohólica | Salud | Hepatitis alcohólica | Apuntes Universitarios uDocz Paciente Alcohólico enfermeria2119 (wordpress.com).
5. Hepatitis alcohólica: generalidades y cuidados de Enfermería - Revista Electrónica de Portales Medicos.com (revista-portalesmedicos.com).

## Capítulo 143

# EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA SITUACIÓN URGENTE DE TRAQUEOSTOMIA

ROCÍO MOLINA LÓPEZ DE MOTA

SHEILA ARENAS MARTINEZ

MARIA DE LA CRUZ DELGADO

MARIA DEL PILAR PIÑERO MORAIRA

SONIA LINARES RINCÓN

## 1 Introducción

Una urgencia de traqueostomía puede darse en las siguientes situaciones:
- Obstrucción respiratoria a nivel de orofaringe, laringe o traqueal alta secundaria a edema local (infección, alergia a tóxicos, o edema), traumatismos, tumores, disfunciones neurológicas o cuerpos extraños.
- Intubación prolongada.
- Retenciones respiratorias con intubaciones frecuentes y neumonías de repetición.

- Reducción del espacio muerto en insuficiencia respiratoria crónica.
- Parálisis de los músculos de la deglución.

En los casos de intubación prolongada la traqueotomía supone una disminución del riesgo para el paciente, tanto de lesiones en la boca, faringe y cuerdas vocales como de infecciones respiratorias y riesgo de broncoaspiración.

En estos casos y si no hay complicaciones la traqueostomía será temporal y podrá ser retirada cuando el paciente demuestre que no necesita soporte ventilatorio, no hay que olvidar que la traqueotomía es un procedimiento que se lleva a cabo para aislar y garantizar la vía aérea siendo el paso posterior a la entubación endotraqueal.

En el caso de una obstrucción súbita de la vía aérea en la que no es posible la intubación y de no llevarse a cabo se prevé una parada cardiorrespiratoria se realiza una traqueotomía de urgencia, a diferencia del procedimiento programado al que llamamos traqueotomía reglada.

Dada la urgencia lo importante es tener acceso a la vía aérea por debajo de las cuerdas vocales, sin atender a normas de esterilización, hemostasia, o anestesia. Dado que no se pueden atender estas normas se elige otro lugar más alto para realizarlo, eligiendo un punto de acceso relativamente sencillo con mínimos medios materiales y que tiene menos vascularización para minimizar el sangrado. Este procedimiento recibe el nombre de cricotiroidotomía.

## 2 Objetivos

Describir e indicar las actuaciones de las TCAE (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería) con los pacientes traqueostomizados en los centros hospitalarios.

## 3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Tenemos que cuidar esencialmente la humidificación. La nariz y la orofaringe tienen la función en condiciones normales de filtrar, calentar, y humidificar el aire. En el paciente traqueostomizado dichas funciones se encuentran abolidas y por lo tanto se tendrán que realizar artificialmente.
Las secreciones bronquiales tienden a espesarse a causa de la falta de humidificación y de la irritación de la tráquea por aspiraciones demasiado frecuentes e incluso pueden formarse costras sin olvidarnos del famoso tapón mucoso que se encuentra favorecido por el agregado de sangre.
Éstos tapones suponen un riesgo real y demasiado frecuente de complicaciones vitales que en ocasiones acaban en parada respiratoria por asfixia o cardiorrespiratoria si no se pone remedio rápido. Si la humidificación es adecuada, ésta mantendrá tanto el tapón mucoso como las secreciones de forma fluida y podrán ser eliminadas mediante reflejo tusígeno o por una simple aspiración.
Las sondas de aspiración deben tener una punta roma para así evitar la erosión de la mucosa y hay que valorar si el número de aspiraciones es adecuado. Para proceder al cambio de cánula aprovecharemos tras realizar la cura siguiendo el siguiente procedimiento.
Prepararemos la nueva cánula en un paño estéril junto con el lubricante y una sonda de aspiración que nos servirá de guía o fiador, introduciremos esta sonda por la cánula del paciente procurando no provocarle tos, la TCAE que nos asiste debe desinflar el balón en ese momento, extraeremos rápidamente la vieja cánula sin sacar la sonda guía.
Introduciremos la nueva cánula por la sonda guía y la meteremos en el estoma empujando firmemente pero sin forzar demasiado, en ocasiones ayuda girar un poco la cánula. Inflamos el nuevo balón y sacamos la sonda guía.
Conectamos la fuente de oxígeno o unos minutos el ambú, colocaremos de nuevo un apósito y una nueva sujeción, desecharemos el material y nos lavaremos las manos. La sonda guía se utiliza en pacientes recientemente ostomizados por el peligro de retracción y cierre del estoma.
La importancia de tener preparada otra cánula es vital por la tendencia de los estomas recientes a cerrarse ya que la cánula ejerce de ”muro de contención”.
Éste procedimiento será llevado a cabo por el medico o la enfermera y la TCAE se encargara de preparar el material y asistir la técnica.
Siempre debemos comprobar previamente el sistema de aspiración del paciente. Un punto fundamental es la aspiración previa de secreciones endotraqueales y subglóticas. Cuando desinflamos el cuff las secreciones o la saliva que se acu-

mulen caerán al interior de la tráquea de ahí al árbol bronquial y pulmones pudiendo producir una neumonía.
Se procederá al primer cambio de cánula pasadas 48 horas y lo realizará el médico responsable ( otorrino, anestesia o intensivista),después se harán cada semana, y la camisa interna se cambiara una vez por turno.
Esta camisa debe ser lavada con solución antiséptica para su posterior utilización.
Una vez el paciente haya reeducado su deglución puede empezar a comer por boca si no hay contraindicación médica. Para ello mantendremos inflado el balón para evitar broncoaspiraciones y abierto el estoma.
Cuando el paciente pueda usar cánula fenestrada y cerrar el estoma con un tapón y podrá hablar aún portando cánula, lo que le ayudara bastante con la comunicación y a sentirse menos ansioso. Al principio usará materiales como un lápiz y papel, o teléfono inteligente para poder comunicarse.

## 5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo con que la tecnología de succión de secreciones, la humidificación de las secreciones respiratorias y el reemplazo y limpieza del tubo de traqueotomía son las principales medidas del TCAE y el equipo de enfermería para evitar la obstrucción de la vía aérea y mantener la vía aérea despejada en pacientes con traqueotomía. Atención de rutina para pacientes sometidos a traqueotomía. Se trata de una técnica aséptica y se recomienda preoxigenar al paciente antes de iniciar la operación. Aunque no existe un consenso claro, la presión de succión más recomendada es de 60-150 mmHg y el tiempo de succión es inferior a 10 segundos. Hay que guiar correctamente estos dos puntos puede evitar complicaciones como hipoxia o traumatismo de la mucosa traqueal. La humidificación de secreciones es una técnica para evitar que las secreciones traqueobronquiales se sequen y formen tapones de moco, que pueden causar obstrucción de las vías respiratorias.

## 6 Bibliografía

1. Marmoru Sakae, Thiago. Cargnin Henrique, Beatriz. Soares Prates,Marco. Faria
2. Maraschin Jorge. Traqueostomia precoz y tardia en pacientes en unidad de cuidados intensivos. [Internet] [Citado 2010 Nov].
3. Traqueostomía percutánea de emergencia en un paciente politraumatizado. Emergencias, 17 (2005), pp. 274-6. León Acuña,Paula. Traqueostomia: indicaciones y técnica. [Internet] [Citado 2011 Jul 26].

## Capítulo 144

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA

VANESA MARTIN CASASOLAS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

## 1 Introducción

En esta planta del hospital es donde se encuentran ingresados los pacientes oncológicos que, debido a su condición clínica (generalmente un sistema inmune comprometido, ya sea por la misma enfermedad o como consecuencia del tratamiento recibido, así como de otro tipo de factores como enfermedades crónicas, edad avanzada) necesitan de atenciones especiales y un seguimiento diferente al de otras enfermedades.

El tipo de pacientes que suelen estar ingresados en la planta de oncología suelen ser los siguientes:

- Pacientes recibiendo quimioterapia que no pueden ser administrada en el hospital de día debido a su duración o dificultad o pacientes que, debido a los efectos secundarios de la administración de esa quimioterapia se encuentran en una situación que necesitan aislamiento protector.

- Pacientes en estudio que no pueden realizarse de manera ambulatoria.

- Pacientes con episodios frecuentes que tienen que ser ingresados.

- Pacientes que ingresan por progresión de la enfermedad.

- Pacientes en situación de últimos días y que necesitan de cuidados paliativos.

El equipo multidisciplinar que compone esta planta está formado por profesionales de la oncología médica, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES), farmacia… coordinados con el resto de servicios como radiología, endocrinología y nutrición, cuidados paliativos…, todos ellos trabajando en colaboración para ofrecer la atención integral y especializada que requieren este tipo de pacientes.

La labor del TCAE es la de trabajar de manera conjunta con el resto del equipo multidisciplinar, garantizando los cuidados necesarios al paciente prestando una atención especializada a lo largo de todo el proceso oncológico.

## 2 Objetivos

- Analizar el papel del TCAE en la planta de hospitalización oncológica.
- Describir las funciones del TCAE en la planta de hospitalización oncológica.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las funciones desempeñadas por el TCAE en la planta de hospitalización oncológica son fundamentales para garantizar el bienestar del paciente. Entre las múltiples tareas del TCAE se encuentran:

Antes del ingreso del paciente, el TCAE debe de haber preparado la habitación, disponiendo de lo necesario, revisando que se encuentren en perfecto estado to-

dos los dispositivos necesarios que puedan necesitarse para la adecuada atención del mismo.

El TCAE interviene en el proceso de acogida del paciente, de acomodarlo en su habitación, así como de identificarlo y explicarle el funcionamiento y horarios del hospital.

El TCAE promueve que el paciente realice las actividades de autocuidado como el aseo, la ducha, la higiene diaria, proporcionando el material necesario ( jabón, esponja, toallas…), en todos aquellos pacientes que no puedan realizarlo por sí mismos es el TCAE el que proporciona estos cuidados, teniendo especial cuidado y atención ante la existencia de sondas, catéteres, posibles úlceras por presión si el paciente está inmovilizado.

El TCAE es el encargado de cambiar la ropa de cama, así como de mantener el carro de lencería con todo el material necesario.

El TCAE ayuda en las movilizaciones, traslados, transferencias, si el paciente se encuentra inmovilizado será el encargado de realizar los cambios posturales para evitar posibles úlceras por presión (UPP).

El TCAE es el encargado de recibir el carro con las comidas, de distribuir las mismas, de ayudar a comer a los pacientes que no lo pueden hacer por sí mismos, así como de recoger una vez hayan terminado.

Otra de las labores del TCAE es la de facilitar las labores tanto del médico como de enfermería colaborando en la atención y cuidados del paciente en los diferentes procedimientos como la recogida de datos (temperatura, presión arterial), curas, administración de medicamentos (siempre bajo la supervisión médica o enfermera), ayudando en la preparación del paciente para los tratamientos y preparando el material necesario para su realización así como su posterior recogida.

El TCAE es el encargado de mantener el carro de curas de enfermería, así como de reponer el material fungible y de farmacia.

Una vez el paciente es dado de alta, el TCAE colabora en la realización de la documentación necesaria.

## 5 Discusión-Conclusión

Entre las principales labores que desempeña el TCAE en hospitalización oncológica cabe destacar el aseo e higiene, la alimentación del paciente, las movilizaciones, ayudas y transferencias, la preparación, limpieza y desinfección del instrumental , la recogida de datos, todo ello en colaboración y coordinación con el equipo multidisciplinar.

La labor que realiza el TCAE son muy diversas pero todas de vital importancia, encaminadas a garantizar el cuidado y cubrir las necesidades de confort del paciente.

Los objetivos principales en esta planta de hospitalización van encaminados a satisfacer tanto las necesidades físicas como psicológicas en estos pacientes durante todo el proceso.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 145

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

VANESA MARTIN CASASOLAS

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

## 1 Introducción

La unidad de medicina interna es un servicio hospitalario que se encarga del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes que presentan múltiples enfermedades.
En la asistencia sanitaria, especialmente en el ámbito hospitalario, y en concreto en la unidad de medicina interna, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE) es un actor fundamental, ya que entre sus funciones incluyen ayudar al personal de enfermería en el mantenimiento y limpieza de los espacios clínicos, así como en el cuidado y atención de los pacientes.
Además, en la unidad de medicina interna del hospital, la atención al paciente es una de las principales responsabilidades del TCAE, puesto que además de tomar los signos vitales y ayudar con la movilidad y la higiene, esto también incluye la administración de medicamentos. El TCAE también trabaja con profesionales médicos para tratar y prevenir las úlceras por presión. Asimismo, el TCAE puede

crecer en la unidad de medicina interna hospitalaria gracias a un conjunto de competencias específicas. Estas incluyen la comunicación efectiva, empatía, trabajo en equipo y habilidades de observación.

En conclusión, en la unidad de medicina interna del hospital, el TCAE es fundamental para el cuidado y atención que se brinda a los pacientes, así como para el mantenimiento en óptimas condiciones de los espacios clínicos. Para que pueda desarrollar eficazmente sus habilidades, es fundamental que se reconozca su importante labor y que se le brinde el entorno adecuado.

## 2 Objetivos

Describir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de medicina interna.

## 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, Scielo, Medline y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El TCAE es una figura esencial en la atención y cuidado de los pacientes en la unidad de medicina interna.

Entre las funciones a realizar en dicha unidad, se encuentran las siguientes:
-Cuidado de los pacientes: El TCAE colabora en la movilización y aseo de los pacientes, adaptándose a sus necesidades y limitaciones físicas. Así mismo, se encarga de la administración de medicamentos orales y tópicos, así como de la toma de constantes vitales. Es importante destacar que el TCAE actúa siempre bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, respetando las pautas y procedimientos establecidos.
-Realización de curas y prevención de úlceras por presión: En la unidad de medicina interna, es común la presencia de pacientes con heridas crónicas o agudas, y

el TCAE es responsable de realizar las curas necesarias en cada caso, siguiendo las indicaciones de los profesionales sanitarios. Además, también colabora en la prevención de úlceras por presión, movilizando a los pacientes y realizando cambios posturales en los momentos adecuados.
-Colaboración en la atención a pacientes crónicos: Los pacientes crónicos, aquellos que padecen enfermedades de larga evolución, requieren de cuidados específicos y continuos. El TCAE contribuye en su atención, colaborando en la administración de medicamentos, en la realización de curas y en la asistencia en actividades de la vida diaria, como la alimentación y el aseo.
-Mantenimiento y limpieza de los espacios clínicos: La unidad de medicina interna hospitalaria es un entorno donde la limpieza y la higiene son especialmente importantes, ya que los pacientes pueden tener un mayor riesgo de infecciones. El TCAE se encarga de realizar tareas de limpieza y mantenimiento en las habitaciones y en los espacios comunes, como baños y pasillos, para mantener un ambiente seguro y saludable.

Por ello, el papel del TCAE en la unidad de medicina interna hospitalaria es crucial para la atención y cuidado de los pacientes. Sus competencias y habilidades, como la observación, la empatía y la comunicación efectiva, le permiten desempeñar su trabajo de manera efectiva y colaborar en la consecución de los objetivos sanitarios establecidos. Es importante destacar que el trabajo del TCAE siempre se realiza bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, en un equipo interdisciplinario que busca ofrecer la mejor atención posible a los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE es crucial para brindar a los pacientes el cuidado y atención que necesitan en la unidad de medicina interna del hospital. Sus conocimientos y habilidades le permiten trabajar con otras personas para completar proyectos como brindar atención al paciente, proteger contra las úlceras por presión, atender a pacientes crónicos y mantener las condiciones higiénicas en las instalaciones médicas.
Todo esto siempre se hace bajo la supervisión y orientación de un equipo interdisciplinario de personal sanitario que se esfuerza por brindar la mejor atención posible al paciente. Es importante enfatizar la importancia del trabajo en equipo y la colaboración entre profesionales de la salud para crear un ambiente seguro y saludable para los pacientes.

En resumen, el papel de los TCAE es central para el cuidado y la atención del

paciente en los servicios de medicina interna de los hospitales.

## 6 Bibliografía

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
https://medlineplus.gov/spanish/
https://scielo.org/es/
https://scholar.google.es/

## Capítulo 146

# LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

## 1 Introducción

El quirófano es un entorno altamente especializado y complejo en el que se llevan a cabo procedimientos invasivos y complejo. Para que se garantice la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica al paciente, se va a requerir la colaboración de varios profesionales de la salud, entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Los TCAE son profesionales de la salud que van a desempeñar un papel crucial en la atención directa al paciente y proporcionan apoyo a los profesionales de enfermería y cirugía. Su presencia en el quirófano es esencial para garantizar una atención integral y eficiente.

Se concluye que los TCAE son elementos fundamentales en el quirófano, ya

que su presencia y habilidades mejoran la atención al paciente y facilitan el funcionamiento del equipo de salud.
El conocimiento y la comprensión de las funciones de los TCAE en el quirófano son fundamentales para proporcionar calidad, mejorando la coordinación del equipo de salud y satisfacción de los pacientes. Este estudio busca fomentar el reconocimiento de la labor de los TCAE en el entorno quirúrgico, así como promover la colaboración interdisciplinaria y el desarrollo continuo de estos profesionales en el ámbito de la cirugía.

## 2 Objetivos

Este estudio tiene como objetivo explorar las funciones clave de los TCAE en quirófano y destacar su importancia en el equipo de atención quirúrgica.

## 3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y se realiza un análisis de las funciones que tiene el TCAE en el área del quirófano. Se han buscado términos como ”TCAE en quirófano”, ”función de los TCAE en quirófano” en diferentes fuentes bibliográficas y en bases de datos científicos.

## 4 Resultados

En el quirófano, el TCAE va a tener diversas funciones:
1. Preparación del quirófano: los TCAE desempeñan un papel fundamental en la preparación del quirófano antes de la llegada del paciente y del equipo quirúrgico. Esto va a implicar asegurar que el entorno esté limpio, ordenada y equipada con los suministros y equipos deseados y necesarios para el procedimiento quirúrgico.
También ayudan en la esterilización y preparación de los instrumentos quirúrgicos.
2. Asistencia al paciente: los TCAE son los responsables de brindar la asistencia directa al paciente antes, durante y después de la cirugía. Esto va a incluir ayudar en la movilización del paciente hacia y desde la sala de operaciones, proporcionar cuidados básicos de higiene y confort, y asegurarse de que el paciente esté preparado adecuadamente para el procedimiento.

3. Colaboración con el equipo de cirugía: durante la cirugía, los TCAE trabajan en estrecha colaboración con el equipo quirúrgico, proporcionando los suministros e instrumentos necesarios en el momento oportuno. Esto implica el manejo de los equipos de cirugía estériles, la entrega de medicamentos y la asistencia en la sutura y cierre de heridas. Su presencia y apoyo permiten que el equipo quirúrgico se centre en el procedimiento sin distracciones.
4. Mantenimiento de registros: van a realizar un importante mantenimiento de registros precisos y completos durante el procedimiento quirúrgico. Esto implica documentar los datos relevantes, como la administración de medicamentos, los signos vitales del paciente y cualquier incidente o complicación ocurrida durante la cirugía. Son vitales para el seguimiento posterior y la evaluación de la atención brindada.
5. Apoyo emocional a los pacientes: el TCAE tiene una interacción cercana y continua con el paciente en el quirófano. Durante este tiempo puede brindar apoyo emocional al paciente y a sus familiares, tranquilizándolos y respondiendo a sus preguntas y dudas. Esto contribuye a generar confianza y reducir la ansiedad del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel esencial en el quirófano al brindar apoyo y asistencia tanto al equipo de enfermería como al equipo quirúrgico. Sus funciones van más allá de la mera asistencia y se extienden a la preparación del quirófano, la asistencia directa al paciente, la colaboración en el equipo de cirugía, el mantenimiento de registros y el apoyo emocional. Su presencia y participación activa son fundamentales para garantizar la seguridad, el bienestar y el cuidado integral de los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos. El reconocimiento y valoración adecuados de su labor son fundamentales para un entorno quirúrgico eficiente y de calidad.

## 6 Bibliografía

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidadosauxiliares-de-enfermeria-en-quirofano/
https://daeformacion.com/funciones-tcae-quirofano-reposicion/
https://revistamedica.com/protocolo-actuacion-tcae-quirofano/
https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-unquirofano

## Capítulo 147

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ELECTROMIOGRAMA

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

## 1 Introducción

El examen de la actividad eléctrica de los músculos y los nervios que los controlan se realiza a través de un procedimiento médico conocido como electromiograma (EMG). Se trata de insertar agujas microscópicas en los músculos para registrar la actividad eléctrica que ocurre cuando se contraen y relajan.

En un consultorio médico o laboratorio de electrodiagnóstico, un EMG es un procedimiento no invasivo que se lleva a cabo. Se puede usar para diagnosticar y tratar una serie de afecciones musculares y neurológicas, incluidas las hernias de disco, la distrofia muscular, la neuropatía periférica y la esclerosis múltiple.

Para realizar la EMG se utilizan pequeñas agujas de electrodos que se insertan en los músculos y se conectan a un equipo de registro. Un monitor registra y muestra la señal eléctrica que se genera cuando los músculos se contraen. Esta

señal puede indicar un problema con los nervios que controlan los músculos o un debilitamiento o daño en los músculos mismos.
En pacientes con trastornos neurológicos o musculares, la EMG también puede ser útil para determinar qué tan bien está funcionando el tratamiento. Aunque algunos pacientes pueden sentir una pequeña molestia mientras se insertan las agujas, el procedimiento en sí es seguro y, por lo general, no causa ningún dolor significativo.
En conclusión, el electromiograma es una prueba médica no invasiva utilizada para evaluar la actividad eléctrica de los músculos y los nervios que los controlan, lo que lo convierte en una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento de una variedad de trastornos musculares y neurológicos.

## 2 Objetivos

Analizar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con el electromiograma en el paciente ingresado en un hospital.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña una parte crucial del proceso del electromiograma. Los siguientes son algunos de los roles que podría desempeñar durante el procedimiento:
- Preparación del paciente: Es responsabilidad del Auxiliar de enfermería preparar al paciente para el procedimiento. Esto podría implicar describir el procedimiento, asegurarle al paciente que entiende lo que se hará y calmarlo si se siente ansioso.
- Preparar el equipo: También se encarga de preparar todo para el procedimiento y asegurarse de que esté limpio y en buen funcionamiento.

- Asistencia en el procedimiento: Puede ayudar al médico o al especialista en electrodiagnóstico durante el procedimiento posicionando correctamente al paciente e introduciendo las agujas en los músculos.
- Seguimiento del paciente: Debe vigilar al paciente durante todo el procedimiento por cualquier indicio de molestia o dolor.
- Documentación: Se encarga de registrar con precisión todas las observaciones y hallazgos y documentar el procedimiento EMG en el expediente médico del paciente.
- Apoyo emocional: Los pacientes pueden experimentar ansiedad o temor mientras se someten a un procedimiento de EMG, por lo que el Auxiliar debe ofrecer apoyo emocional y ayudar al paciente a sentirse seguro y protegido.
- Mantenimiento del equipo: Siguiendo el procedimiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de higienizar y desinfectar el equipo relacionado con la EMG para asegurarse de que esté en condiciones de ser utilizado nuevamente.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es crucial para el procedimiento Electro, en resumen. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para garantizar un procedimiento seguro y eficaz y la comodidad del paciente, desde la preparación del paciente y del equipo hasta la asistencia en el procedimiento y la documentación posterior al procedimiento.

## 5 Discusión-Conclusión

El especialista en electrodiagnóstico o médico que realiza el procedimiento de electromiograma debe ser seguido por el técnico de cuidados del auxiliar de enfermería como regla general.

El paciente también debe sentirse cómodo y tranquilo durante el procedimiento, por lo que es fundamental que el TCAE sea amable y comprensivo con él. Además, el TCAE debe estar atento a cualquier indicio de malestar o dolor en el paciente y debe contactar inmediatamente al médico o especialista en electrodiagnóstico. Para garantizar un procedimiento seguro y eficaz, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe mantener el equipo en un estado limpio y funcional.

## 6 Bibliografía

1. Duitama, I. C. G., López, S. R., López, A. S., Claramunt, A. A., Vidal, J. A., & De Mingo, I. R. (2021). CORRELACIÓN ENTRE RESONANCIA MAGNÉTICA Y ELECTROMIOGRAMA EN PACIENTES CON LUMBOCIATALGIA. Seram, 1(1).

## Capítulo 148

# PACIENTE CON CUERPOS EXTRAÑOS Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA AMPARO MARTÍN PALACIOS

MARIA GLORIA MARTÍNEZ POZO

RAQUEL ESCRIBANO LUCAS

LAURA IGLESIAS LOPEZ

CELIA ROSA LORENZO PÉREZ

## 1 Introducción

En muchas ocasiones, a lo largo de sus turnos, el TCAE perteneciente al equipo de enfermería sanitario, tanto de las consultas como de las plantas de hospitalización o inclusive en las urgencias, se puede encontrar con que se le demanda para la asistencia y atención en situaciones de hallar cuerpos extraños en el canal auditivo y en cuanto a su incidencia se da la situación en individuos de la población infantil y en los enfermos psiquiátricos.
En cuanto a los cuerpos que se hallan de la asistencia de estas consultas o demandas estos se dividen en:

Orgánicos: papel, tapones de cera o silicona, semillas, algodón, goma de borrar, larvas, insectos o inclusive garrapatas, así como los inorgánicos.
Para poder lograr y confirmar un buen diagnóstico clínico se le ejecuta al paciente enfermo demandante de asistencia una anamnesis, a su vez se le realizaran pruebas como una otoscopia, que corrobora y nos confirmara la explicación referida por el propio paciente o por los progenitores si se trata de un niño; por la manifestación clínica, ya que logran formar una otitis externa consecuencia considerada secundaria al suceso de la introducción del cuerpo extraño, secundaria, manifestación de edema o inclusive heridas del canal y en los peores casos llagar a una perforación timpánica, esta mención de las consecuencias se da igualmente en cuerpos extraños orgánicos como inorgánicos.

## 2 Objetivos

Exponer los conocimientos en la resolución de la demanda de asistencia a los TCAE en los casos de la introducción o entrada de cuerpos extraños al organismo.

## 3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas sobre el tema que se está tratando, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Cuando está íntegra y no está afectada la membrana timpánica, y el cuerpo inorgánico no está encajado o enclavado, se procederá a un lavado con temperatura tibia de suero fisiológico. En los cuerpos extraños orgánicos que son muy grandes, no deben considerarse una urgencia a tratar con el suero y no se encomienda por la gran posibilidad que poseen al humedecerlos de hincharse y de obliterar y ensanchar lesionando más el canal auditivo externo.
Si el cuerpo extraño es un organismo vivo, como puede ser un insecto, precedente a su extracción, se deberá de matar metiendo y administrando por el canal auditivo externo una dosis de alcohol de graduación de 70º, asimismo se podrá

utilizar cloroformo o inclusive éter, y ulterior a la muerte del insecto ya si se procederá al lavado con el tibio suero fisiológico.

- Extracción utilizando instrumental, siempre que se vea bien y este accesible el cuerpo extraño, con un ganchito destinado a ello siempre de punta roma, sobrepasándolo siempre por arriba, a continuación girando el instrumento y logrando arrastrarlo muy suavemente y con cuidado de no perderlo ni fraccionarlo hacia el espacio externo. El facultativo deberá tener toda la precaución intentando de no lesionar la membrana timpánica.
- Cuando el cuerpo extraño está incrustado, enclavado o el paciente que se debe asistir no es nada colaborador, se ha de proceder directamente a enviarle al otorrinolaringólogo, para que a la hora de extraerlo lo más habitual es que se Utilice una sedación o/y una anestesia general, y excepcionalmente con una acometida quirúrgica por la vía retroauricular. Después de la extracción, se ha de ejecutar la otoscopia para descartar posibles lesiones del canal auditivo externo, membrana timpánica o cadena osicular.

## 5 Discusión-Conclusión

Los cuerpos extraños en los canales auditivos son muy asistidos y recurrentes en las consultas de urgencias y de otorrinolaringología. La edad de los pacientes enfermos afectados suele ser entre la población infantil en los 2–5 años, pero logran originarse a cualquier rango de edad, incluso en ciertas ocasiones se da en algunos adultos. Se logra ver toda diversidad y variación de cuerpos extraños, como logran ser los juguetes muy pequeños, bolitas, semillas, pedazos de comida, plastilinas, lápices, e incluso organismos vivos como insectos.

Muchas de estas situaciones se llegan y logran de solucionar en las consultas de Atención primaria y solo los sucesos más complicados o porque el paciente no colabore, llegan a las urgencias. Debemos tener conocimiento de la anatomía de estas áreas o zonas, conocer el material que sea conveniente para prepararlo desde nuestras funciones de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, con el que se debe actuar, las técnicas y las opciones existentes de extracción, así como los cuidados posteriormente de la extracción para provocar el menor daño posible y no provocar secuelas a largo ni tampoco a corto plazo.

## 6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es.

2. Castro Denny, Castillo Hugo, Silva Olga, Marcano Johanna. Extracción Endoscópica de Cuerpo Extraño del Tracto Digestivo Superior Utilizando Sobretubo de Diseño Local. Gen [Internet]. 2017 Mar [citado 2022 Jul 26] ; 71( 1 ): 25-27. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032017000100007&lng=es.
3. https://faros.hsjdbcn.org.
4. Iñiguez S Rodrigo, Iñiguez C Rodrigo, De la Paz P Francisco. Cuerpos extraños de vía aérea de difícil extracción en niños. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2008 Abr [citado 2022 Jul 26] ; 68( 1 ): 35-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000100006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162008000100006.

## Capítulo 149

# LOS CUIDADOS DIARIOS A PACIENTES CON ALZHEIMER

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

## 1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad que no solo empeora día trans día, sino que cada vez va acondicionando más a la persona.
Podemos decir que es una enfermedad que trastorna el cerebro, es caracterizada por unos cambios que proceden en depósitos de algunas proteínas, ene este caso y con este tipo de enfermedades lo que sucede al cerebro es que se encoge y que en un periodo de tiempo las neuronas terminan muriendo.
Esta enfermedad lleva a la causa más frecuente como es la demencia, esto significa que se va deteriorando gradualmente la memoria, los pensamientos y la forma que tiene de comportarse el ser humano.
El Alzheimer afecta gravemente a las capacidades funcionales de la persona que lo padece, un dato estimado en el que se encuentra la enfermedad ronda entre los seis millones de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, otro dato es que la enfermedad se centra en la edad de 65 – 75 años, originándose por todas las partes del mundo.
Se caracteriza por tener signos como son olvidos, por ejemplos conversaciones en las que se han producido recientemente, no consiguen acordarse o seguir la conversación, estas situaciones les crea entre otras cosas ansiedad, malestar, etc.

El tiempo es un claro ejemplo que juega en contra de la persona que padece la enfermedad, dando lugar a un avance en el que termina siendo un gran problema en la memoria, incluyendo una gran pérdida de capacidad para realizar simplemente la vida cotidiana.
Aportamos también que el periodo de supervivencia viene oscilando entre los cuatro y veinte años, todo se va a ir en función de la edad y de los problemas de salud en los que se encuentre el paciente, un dato claro que existe es que el Alzheimer no tiene ningún tipo de cura.
Existen tratamientos en los que si pueden retrasar el empeoramiento de los signos, signos y síntomas, hoy en día no hay tratamiento para la cura, pero sí para evitar la velocidad de los síntomas que conlleva una mejor vida para la persona que lo padece como para el que la cuida siendo así más fácil.
La mayoría son una mezcla genética, incluyendo causas ambientales y el estilo y ritmo que lleve el paciente.
Todos los síntomas que son asociados a la enfermedad que han sido estudiados han revelado que los síntomas van apareciendo mucho antes de ser diagnosticada la enfermedad, otro de los estudios que se han comprobado es la participación en actividades y sobre todo sociabilizar con personas, esto hace que la mente del afectado se estimule a lo largo de nuestra vida con lo que lleva a una notable reducción de padecer la enfermedad, es asociada también al tipo de sexo que suelen ser mujeres, dado que tienden a vivir más que el hombre.
En el capítulo hablaremos del papel tan esencial que desempeña el auxiliar de enfermería con los pacientes que padecen Alzheimer, el cual uno de los propósitos de los TCAE es mejorar la calidad de vida.
Hay que tener claro que cualquier enfermedad dentro de lo posible se puede tratar los factores que aumentan la posibilidad de contraerla, aunque no se pueda evitar, en este caso un estilo de vida ayudará a reducir un daño cognitivo en aquellas personas que corren el riesgo de padecer demencia.
Los TCAE están muy presente en la enfermedad, tanto es centros privados como en centros hospitalarios, pues ellos son los que les proporcionan los cuidados diarios, los cuidados que proporciona un TCAE al paciente con Alzheimer oscilan desde la higiene, alimentación y medicación juntos con el personal de enfermería y les proporciona tareas cognitivas.

## 2 Objetivos

-Explicar cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- Exponer la importancia de determinar en qué etapa de la enfermedad se encuentra el paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El Alzheimer como sabemos va por fases, en la primera fase el Auxiliar de enfermería está muy pendiente del paciente, pues hay es donde tiene que ver si nota cualquier dificultar, aunque no suele presentar nada en sus actividades diarias, en la segunda fase ya comienza a tener dificultades con lo cual el auxiliar empieza a proporcionarle ayuda en las tareas básicas que pueda necesitar, siempre promoviendo su independencia.
A los pacientes que no sean totalmente independientes se les proporciona la ayuda correspondiente siempre y muy importante, poniendo toda la paciencia de nuestra parte para la realización por ellos mismos de las tareas esenciales.
En la medida de lo posible tratamos de favorecerles la condición y que no se acostumbren hacérselos todo promoviendo las habilidades que tengan en ese momento, otro de los cuidados los cuales también son considerados muy importantes es que realizaremos una planificación de un gráfico de periodos de evacuación para así evitar que halla problemas de incontinencia urinaria o se vea afectada la evacuación.
Siguiente fase sería la avanzada, aquí nos encontramos con una inhabilidad absoluta en todo lo relacionado con sus actividades diarias, el auxiliar de enfermería en este caso le proporcionará en totalidad de las ayudas que necesite en paciente.
Para detectar la enfermedad se realizan las siguientes pruebas como sería un examen físico y neurológico, prueba de reflejos, detectar el tono muscular y la fuerza, se estudia la vista y la atención, equilibrio y por último se ve la capacidad para levantarse o caminar.
Se incluyen pruebas de laboratorio, como son los análisis de sangre, aquí se detecta otras causas posibles que empeoran la condición del Alzheimer, un ejemplo son la tiroides o niveles bajos de vitaminas.

Se realiza un análisis neuropsicológicos incluyendo el estado mental, aquí se detecta y se evalúa la memoria y habilidades de pensamientos, detalladamente se ve la función mental del paciente con Alzheimer.
Imágenes del cerebro con el que se realiza un diagnóstico, en esta prueba se aprecian cambios en los que son evidentes, que no tienen nada que ver con la enfermedad, pero sí pueden afectar, dando lugar a que los síntomas sean muy parecidos.
Incluyendo imágenes por resonancia magnética, se realiza para analizar la demencia, empleada por ondas de radio con un campo magnético altamente fuerte para realizar imágenes precisas del cerebro, se excluyen tumores, accidentes cerebrovasculares y lesiones en la cabeza, esta prueba se realiza por una tecnología de rayos X especial.
Hablando del futuro se tienen que realizar otro tipo de pruebas, las cuales están investigando para crearlas, las cuales medirán los signos biológicos de las pautas de la enfermedad en el cerebro, antes de someterse a cualquier prueba genética se recomienda hablar con el profesional de la salud especializada en genética sobre la exposición y beneficio que conllevan. El auxiliar apoya en todo momento al paciente en este tipo de pruebas junto con el profesional asignado para evaluar, aportando todo el material para su uso y posteriormente su retirada.

## 5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad que poco a poco va condicionando al usuario a una nueva vida donde comienza a depender de los diferentes profesionales como familiares que tengamos a nuestro alrededor.
No obstante, cabe destacar de la importancia que debemos darle cuando nos encontremos con claros y no tan claros síntomas de Alzheimer, coger a tiempo la enfermedad puede tratarla y con ello significa que evitaremos que la enfermedad avance con mayor rapidez.
Los auxiliares de enfermería en este tipo de enfermedad son esenciales, ya que les proporciona al paciente los cuidados y la ayuda necesaria al paciente, no olvidemos que hasta el último día dela enfermedad nuestro deber tiene que ser velar por su seguridad y bienestar.

## 6 Bibliografía

https://www.ifp.es/blog/la-labor-de-los-auxiliares-de-enfermeria-en-el-alzheimer

https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447
https://www.mayo.edu/research/centers-programs/alzheimers-disease-research-center/patient-care/about-alzheimers-disease
https://www.youtube.com/watch?v=kHScuCe862E

## Capítulo 150

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA

MARIA DEL SAGRARIO UCEDA PORTILLO

MARIA DEL PILAR VIEDMA SANCHEZ

VANESA MARTIN CASASOLAS

## 1 Introducción

La unidad de salud mental hospitalaria es un servicio encargado de prestar atención a pacientes que no pueden recibir apoyo y/o asistencia en su domicilio y requieren ser hospitalizados debido a los problemas graves de salud mental que presentan.

La unidad de salud mental hospitalaria está integrada por un equipo multidisciplinar que incluye psiquiatras, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, los cuales están en constante comunicación y coordinación con el fin de llevar a cabo intervenciones que promuevan la reducción o eliminación de la sintomatología y/o alteración mental de los pacientes.

En esta unidad, se presta atención a una gran variedad de pacientes que presenten problemas graves de salud mental, tales como: trastornos psicóticos (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno esquizotípico o esquizoafectivo), trastornos de

la conducta alimentaria (por ejemplo, anorexia nerviosa o bulimia), trastornos de ansiedad (por ejemplo ansiedad generalizada), trastornos depresivos (por ejemplo, depresión mayor o distimia), trastorno bipolar (por ejemplo, tipo I, II o ciclotimia), trastornos disociativos (por ejemplo, trastorno de identidad disociativo o despersonalización), trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos, trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta (por ejemplo, negativista desafiante, explosivo intermitente o personalidad antisocial), trastornos neurocognitivos (por ejemplo, demencias), trastornos de la personalidad (por ejemplo, paranoide, esquizoide, esquizotípica o antisocial), etc. Por lo tanto, la labor desempeñada por los TCAE en esta unidad resulta necesaria, debido a que los pacientes que se encuentran en la unidad de salud mental hospitalaria requieren de una gran supervisión, atención y cuidados especializados por la grave situación de salud mental que presentan. A este respecto, las funciones de los TCAE se constituyen como una pieza clave para proporcionar cuidados básicos, así como seguridad y bienestar 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 salud mental hospitalaria.
-Conocer y describir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de salud mental hospitalaria.

## 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 unidad de salud mental; 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

Las funciones desempeñadas por los TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria resultan fundamentales para la atención y el cuidado de los pacientes que presentan alguna enfermedad grave de salud mental. Entre dichas funciones

específicas realizadas por los TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria, destacan las siguientes:
El TCAE debe promover la seguridad, el bienestar y la comodidad del paciente, manteniendo la unidad de salud mental hospitalaria ordenada y limpia, y procurando un ambiente lo más relajado y agradable posible.
Además, el TCAE debe ayudar a los pacientes que lo requieran en el desempeño de sus actividades de la vida diaria (AVD), tales como el aseo, la limpieza e higiene diaria, la movilización y transferencias con ayuda de celadores, enfermeras o la utilización de dispositivos mecánicos (por ejemplo, grúa) con el fin de prevenir el riesgo de caídas, el vestido y desvestido de los pacientes, el cambio de la ropa de cama y la alimentación del paciente.
También, será el profesional encargado (bajo la supervisión del psiquiatra o de enfermería) del control de la correcta toma de la medicación, de la utilización de medidas de sujeción, así como de la recogida de datos del paciente.
Asimismo, el TCAE debe preparar el equipamiento sanitario (tanto material como el equipo de protección individual) así como los espacios necesarios para la intervención del resto de profesionales que integran el equipo multidisciplinar.
El TCAE también acompañará a aquellos pacientes que precisen salir de la unidad de salud mental hospitalaria (por ejemplo, asistencia a citas médicas, excursiones programadas u otras gestiones).
Finalmente, el TCAE también debe crear un clima de respeto, comunicación y escucha activa con el paciente, así como notificar cualquier incidencia que pueda surgir.

## 5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son profesionales capacitados que prestan una atención integral y personalizada a los pacientes que se encuentran en la unidad de salud mental hospitalaria, los cuales requieren de una atención y cuidados especializados por la grave enfermedad mental que presentan.
Entre las principales funciones o tareas que realizan los TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria, destacan la promoción de la seguridad, el bienestar y comodidad del paciente, ayuda en el aseo e higiene personal, la movilización, el vestido y la alimentación del paciente, el control de la toma de la medicación, la recogida de datos del paciente, la preparación de materiales y espacios, el acompañamiento, y la colaboración y coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.

Por todo ello, el papel desempeñado por los TCAE en esta unidad resulta imprescindible, ya que proporcionan a los pacientes los cuidados básicos, el acompañamiento, la seguridad, el bienestar y comodidad que precisan, redundando todo ello en la mejora de su salud mental y calidad de vida.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 151

# EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LA SITUACIÓN DE URGENCIA PEDIÁTRICA: OBSTRUCCIÓN DE LA VIA AÉREA

CRISTINA MORENO MARTINEZ

## 1 Introducción

En este capítulo nos vamos a centrar en las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ante una situación de urgencia, como es una obstrucción de la vía aérea.
Ante esta situación, la aspiración accidental de cuerpos extraños es frecuente en la edad pediátrica, con máxima incidencia entre los 9 y 24 meses, persistiendo el riesgo hasta los 6 años.
Puede suponer una situación de riesgo vital, y se asocia a una elevada morbimortalidad, por la falta de suministro de oxígeno.
Representa el 40% de las muertes accidentales en menores de 1 año.
Muchas veces esta situación ocurre en el hogar, ya que se intenta imitar a los padres, ya que ellos no asumen el riesgo que puede conllevar, y esto les provoca el ahogamiento/ atragantamiento.
Las causas del ahogamiento por cuerpos extraños son muy variadas. Algunos de los elementos u objetos que con más asiduidad provocan el atragantamiento son: juguetes pequeños o piezas de estos, monedas, frutos secos (pipas de girasol, cacahuetes) alimentos difíciles de deglutir o masticar por su etapa de desarrollo (carne, pan) o simplemente por el tamaño de los mismos y un largo etc.

Podemos distinguir 3 tipos de obstrucción de vía aérea, dependiendo del lugar donde se instaure el cuerpo extraño:
* Laríngea
* Traqueal
* Bronquial

## 2 Objetivos

-Explicar características básicas de las obstrucciones aéreas.
-Exponer cómo ha de actuar un TCAE en relación con estas obstrucciones.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Vamos a hablar de algunas técnicas efectivas y de las maniobras suplementarias a estas.
Técnica de la tos efectiva: Si el niño llora o tose, dejar que lo siga haciendo, ninguna técnica es tan efectiva como la tos.
No se deben realizar técnicas suplementarias, si la tos es efectiva, ya que la realización de dichas maniobras podría dificultar la desobstrucción espontánea.
Colocar al niño en una posición cómoda
Técnica del barrido digital: Consiste en la extracción manual del objeto, pero solo se podrá retirar si el cuerpo es visible y fácil de extraer.
Una torpeza en dicha maniobra podría introducir el objeto aún más en el árbol respiratorio o complicar posteriormente la extracción.
Colocar el dedo en forma de gancho, deslizarlo por el lateral de la boca hasta la laringe e intentar arrastrar el cuerpo.
Técnica de pinzas de Magill: Sería la forma instrumentalizada de la anterior técnica. Con la ayuda de un laringoscopio intentaremos visualizar el cuerpo extraño que se retirará mediante la pinza.

Optar por esta técnica solamente si el objeto se ve.
Y ahora vamos a hablar de las maniobras secundarias o complementarias:
*Maniobra de expulsión en lactantes:
Útil en menores de 1 año.
Se colocará al lactante en decúbito prono, apoyado sobre el antebrazo del profesional que realiza la técnica.
Sujetándolo por la mandíbula con el dedo índice y pulgar.
Cabeza ligeramente extendida.
Colocar en posición de Trendelenburg
Se propiciarán 5 golpes interescapulares, de forma firme y lenta (aproximadamente una por segundo)
Si los golpes en la espalda no logran desplazar el cuerpo extraño y el niño todavía está consciente, administrar compresiones torácicas en el lactante y compresiones abdominales en los niños. No utilizar compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en el lactante.
Alternar secuencia de golpes y compresiones hasta que expulse el objeto o quede inconsciente, en este último caso realizar RCP.
*Maniobra de Heimlich:
Mediante esta maniobra se pretende aumentar la presión intratorácica y generar así un flujo aéreo espiratorio que sea capaz de eliminar el cuerpo extraño. El profesional adoptará una posición de ahorcajadas.
Esta maniobra es útil en pacientes mayores de 1 año.
Se realizarán 5 compresiones que deben ir dirigidas hacia arriba y sobre el abdomen en la línea media.
Colocar el puño cerrado con el pulgar flexionado hacia adentro y apoyarlo en la línea media entre el esternón y el ombligo con la otra mano encima.
Ejercer una fuerza hacia arriba y hacia dentro. Realizarlo con fuerza y brusquedad.
Después de la maniobra, examinar la boca y retirar el cuerpo extraño si allí estuviera.
* Otras maniobras:
Si existe pérdida de conciencia, actuación similar a la PCR.
Utilización de broncoscopios en el quirófano para la retirada.
**Cuidados de Enfermería:
Tranquilizar al niño.
Realización de maniobras de desobstrucción de vía aérea.
Administración de oxigenoterapia

## 5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo, quiero dar la importancia del papel de TCAE en esta situación que puede llevarse a cabo en cualquier sitio, ya sea sanitario o no, en nuestras propias casas, con nuestros hijos, en un cumpleaños de un compañero/a de colegio.
La principal actuación que hay que llevar a cabo es tranquilizar al niño - madre, si el niño llora o tose dejarlo que lo haga, ya que eso quiere decir que el cuerpo extraño no está alojado en el tracto respiratorio.
Si el objeto-cuerpo extraño lo podemos arrastrar con la técnica barrido digital y está visible para la extracción, se hará, si no se puede complicar dicha extracción.
En definitiva, la ingesta o aspiración de cuerpos extraños en los niños es un evento común, por lo cual se debe tener conocimiento en cuanto al manejo diagnóstico y terapéutico oportuno.

## 6 Bibliografía

1. https://www.analesdepediatria.org/es-reanimacion-cardiopulmonar-basica-pediatria-articulo-13092161
2. PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000500001

## Capítulo 152

# DESHIDRATACIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

MIRIAM ALONSO CANO

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

SONIA BRASERO CANO

## 1 Introducción

La deshidratación en un paciente pediátrico, se da cuando existe un balance negativo de agua en su organismo.
En los niños es un cuadro clínico que aparece con relativa frecuencia, ya que su metabolismo no está tan desarrollado.
Generalmente, cuando los niños presentan un cuadro clínico compatible con un proceso de deshidratación, suele ser debido a una gastroenteritis aguda. Aunque en algunos casos, mucho menos frecuentes y en niños de menor edad, la deshidratación se debe a descuidos o accidentes.
Este proceso de deshidratación se da más en niños que en personas adultas. Cuanto más pequeño sea el niño mayor es el riesgo de que pueda sufrir una

deshidratación. Esto se debe a que un niño pequeño tiene un mayor porcentaje de agua corporal. Por ejemplo, en los bebes el porcentaje de agua corporal es del 80%, debido a esto es más fácil, que sea cual sea la causa, puedan sufrir un proceso de este tipo.
Para tratar una deshidratación leve, bastaría con un buen aporte de líquidos por vía oral. Pero hay casos veces producidos por virus como el de la gastroenteritis, que precisan de un ingreso hospitalario y una serie de cuidados y aportes más específicos.
En este caso, el grupo de profesionales sanitarios cobran gran importancia porque serán ellos los encargados de cuidar y velar por la salud de estos pequeños.

## 2 Objetivos

- Informar sobre concepto, etiología y tratamiento de la deshidratación en niños.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Como hemos visto anteriormente, la deshidratación a priori, no está considerada como enfermedad, sino que es tratada como un cuadro clínico o una causa derivada de cualquier otra patología.
En el paciente pediátrico es una causa bastante común, debido a la cantidad de agua que conforma su organismo. Cuanto más pequeño sea el niño o la niña, mayor es el riesgo que tiene de sufrir un cuadro de deshidratación.
Los síntomas que pueden presentar los pacientes pediátricos susceptibles de sufrir de deshidratación va a depender de que espacio corporal tengan afectado y del grado de deshidratación que presenten.
Si atendemos al espacio corporal afectado nos encontraremos con que puede haber una afectación extracelular o intracelular.

En el caso de que la afectación sea extracelular, aparecerán síntomas como pulso débil, frialdad corporal, mucosas secas, e incluso una depresión de la fontanela en el caso de ser niños lactantes. Si ya nos referimos a un caso más extremo, el niño o la niña puede llegar a sufrir un shock.
Cuando la afectación que se produce es intracelular, principalmente es el sistema nervioso el que se ve afectado y pueden aparecer síntomas como irritabilidad, temblores, convulsiones.
El tratamiento para la deshidratación va a depender del grado de gravedad que presenten los pacientes.
Básicamente, el tratamiento es la rehidratación, si bien puede ser por vía oral en los casos leves o moderados, y por vía intravenosa en los casos de mayor gravedad.
La rehidratación oral en niños consiste en la administración de líquidos y soluciones hiposódicas para restablecer los valores y los balances.
Cuando un niño está ingresado y necesita este tipo de tratamientos, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería cobran gran importancia, ya que son los encargados de controlar y administrar los líquidos que el paciente precisa.
Si ya hablamos de la rehidratación por vía intravenosa, hemos de decir que debe llevarse a cabo solo cuando por vía oral no sea posible o no este siendo efectiva. Es un tratamiento más rápido ya que consiste en la perfusión de sueros isotónicos.

## 5 Discusión-Conclusión

De todos es sabido que el paciente pediátrico es mucho más vulnerable ante cualquier enfermedad o patología.
En el caso de los bebes es muy importante mantener unos buenos hábitos de hidratación, llevando una correcta alimentación y evitando exponerlos a temperaturas muy elevadas.
Cuando hablamos de niños que ya no son lactantes, es importante que se controle una correcta hidratación con agua, evitando bebidas azucaradas o con gas. Es necesario saber que cuando un niño o niña presente un cuadro de deshidratación leve, lo primero que haremos sería intentar rehidratarlo con agua o soluciones salinas. Los técnicos auxiliares de enfermería cobran gran importancia con este tipo de pacientes, puesto que cuando se produce el ingreso hospitalario de un niño que presenta este tipo de cuadro clínico, son ellos los encargados de administrar o de forzar la ingesta hídrica del paciente, para conseguir una pronta recuperación.

# 6 Bibliografía

1.www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-03/deshidratacion-rehidratacion-oral-y-nuevas-pautas-de-rehidratacion-parenteral/.
2.https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1414378/aporte-de-fluidos-en-el-paciente-pediatrico-hospitalizado.pdf.
3.https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf.

## Capítulo 153

# LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA ETAPA PUERPERAL.

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

CORAL RAMÍREZ MORA

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

## 1 Introducción

El puerperio, también conocido como cuarentena, es el período de tiempo comprendido desde que la madre da a luz al niño o expulsa la placenta hasta que se van normalizando todos los posibles cambios fisiológicos que se hayan producido en el cuerpo de la madre durante el período de embarazo. Aunque en algunas circunstancias, dependiendo de la lactancia materna, puede prolongarse e incluso durar seis meses, lo habitual es que dure entre seis y ocho semanas, siendo lo más normal, unos cuarenta días.

El puerperio se puede dividir en tres etapas distintas, que serían: el posparto inmediato, que dura las primeras veinticuatro horas posteriores al parto, el puer-

perio alejado, que comienza el décimo día y dura unos cuarenta días, y finalmente el puerperio tardío, que puede durar hasta seis meses.
En el tiempo que dura el puerperio, el cuerpo de la mujer sufre unos cambios considerables, tanto a nivel funcional como a nivel físico e incluso a nivel psicológico. Poco a poco, progresivamente, volverá al estado anterior al embarazo. Restituyéndose también la anatomía y las distintas alteraciones que se hubieran producido en las funciones de las diferentes glándulas y órganos del cuerpo de la madre durante la etapa de gestación del feto.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el puerperio.

## 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

Se van a enumerar las distintas funciones que un TCAE debería realizar durante el puerperio de una madre. Estas funciones podrían ser:
-Llevar el control de que la madre haga una primera micción, siempre antes de que hayan pasado veinticuatro horas después del parto.
-Controlar y valorar la frecuencia con que la madre defeca. Es bastante habitual que la madre experimente estreñimiento después del parto. Si no hay contraindicación médica, ayudará a la madre a levantarse y pasear lo antes posible.
-Vigilará el estado de los pezones, con frecuencia aparecen grietas y, por ende, infecciones.
-Controlará y llevará un registro de las vitales constantes de la madre y del recién nacido

La etapa del embarazo, es una etapa con constantes cambios para la mujer. El parto es el momento más esperado, pero a veces la llegada del bebé supone un reto importante que puede desbordar a los padres, sobre todo si son primerizos.

## 5 Discusión-Conclusión

Se puede dar la circunstancia, de que la mujer pase la etapa del puerperio sin grandes dificultades, pero no suele ser lo habitual. Por lo general, es una etapa de grandes cambios y un tanto complicada para el cuerpo y la mente de la madre. A veces, las diferentes situaciones pueden llevar a una situación de desbordamiento y mucha incertidumbre en los padres.
La figura del técnico auxiliar de enfermería (TCAE) será muy importante, tanto nivel de asistencia clínica como a nivel psicológico. Como suele tener un contacto muy directo con la paciente, es el profesional más indicado para observar patologías serias que pueden aparecer tras el parto, como pudiera ser la depresión postparto.

## 6 Bibliografía

–https://revistamedica.com/funciones-tcae-puerperio/.

## Capítulo 154

# INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESTENOSIS LUMBAR Y LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA.

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

## 1 Introducción

La estenosis lumbar puede provocar gran discapacidad y dolor en la población actual. Actualmente, no existe una valoración global validada o consolidada de las estrategias de tratamiento para pacientes mayores (mayores de 65 años). El porcentaje de personas mayores que sufren esta patología y tienen que pasar por el quirófano ha crecido en los últimos años. Una de las causas que producen estenosis lumbar puede ser la osteoporosis, el sedentarismo, y la condición física a la que se llega con la edad. También existe asociación entre los pacientes que sufren estenosis lumbar con osteoartritis de rodilla y osteoartritis de cadera.
Es de vital importancia precisar historia clínica, examen físico preciso y estudio radiológico. La fisiopatología es producida por una afección degenerativa en

la que hay un cambio en los discos, el ligamento amarillo, y las articulaciones facetarias que provocan el estrechamiento, de los espacios de alrededor de las estructuras neurovasculares de la columna vertebral. Afecta a más de 200.000 personas en los Estados Unidos. Muchas de las patologías diagnósticas como estenosis lumbar terminan en cirugía, pero la fisioterapia puede aliviar o disminuir síntomas como tratamiento conservador, o pre y post cirugía. Dentro de las técnicas de fisioterapia más utilizadas en la bibliografía científica se encuentran la acupuntura, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y el ejercicio terapéutico. Conocer los beneficios de la fisioterapia en pacientes con estenosis lumbar es de vital importancia a la hora de abordar un tratamiento médico.

## 2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los beneficios de la fisioterapia en pacientes diagnosticados de estenosis lumbar a través de la bibliografía científica en las diferentes bases de datos.

## 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”lumbar” and “stenosis”). Se filtró el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de inclusión en los que debería aparecer tratamiento de fisioterapia en pacientes con estenosis lumbar. Además, se realizó la búsqueda filtrando en número de años que no excedieran de 10 de antigüedad.

## 4 Resultados

El artículo analizado “Degenarative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment optiones” analizó los beneficios del tratamiento conservador en aquellas personas que no llegaron a someterse a cirugía. La fisioterapia invasiva con técnicas de relajación muscular en fase aguda, trabajo de fuerza de la musculatura paravertebral no obtuvieron evidencia significativa que respalde el uso de tratamiento conservador para aliviar síntomas.

En el siguiente estudio analizado “Management of lumbar spinal stenosis” indica que la fisioterapia postoperatoria después de la cirugía de descompresión para la estenosis espinal lumbar es efectiva para la mejora funcional tanto a corto como

a largo plazo. En otra revisión sistemática analizada "Efficacy and characteristics of physiotherapy Interventions in patients with lumbar spinal stenosis: a systematic review" mostró evidencia muy leve en la mejoría del dolor en la marcha en pacientes que habían sido sometidos a tratamiento de hidroterapia. Mayores beneficios se encontraron en la realización de ejercicio terapéutico a través de bicicleta. Evidencia muy baja del efecto del ultrasonido y electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) para la disminución del dolor.

El siguiente artículo analizado "Minimally Invasive Decompression and Physiotherapy for Lumbar Spinal Stenosis in Geriatric Patients" Demuestra que la fisioterapia mejora la fuerza, y la movilidad, así como la reducción del dolor en pacientes postoperatorios de estenosis lumbar. Se observa una mejora significativa del dolor en pacientes que han pasado por cirugía y realizaron fisioterapia. La puntación media EVA disminuyo casi unos 5,65 puntos. El siguiente artículo analizado "Non-operative treatment of lumbar spinal stenosis" muestra evidencia moderada sobre la mejora y alivio del dolor, y la mejora de la funcionalidad durante los tres primeros meses.

Destacar que el último artículo analizado "No differences between physiotherapy and descompression surgery for patients consired surgical candidates for lumbar spinal stenosis (synopsis) " muestra una evidencia leve de mejoría en pacientes a los que se les realizó cirugía, a diferencia de los que solo realizaron tratamiento conservador de fisioterapia.

## 5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de fisioterapia en pacientes diagnosticados con estenosis lumbar mejora la disminución del dolor en escala EVA, mejora la movilidad lumbar, mejora la funcionalidad, así como la fuerza. Se muestra con evidencia levemoderada que el tratamiento más efectivo para la mejoría del paciente es el tratamiento quirúrgico, siempre acompañado del tratamiento de fisioterapia postcirugía. Sin embargo, se requiere más estudios con metaanálisis con muestra más homogénea y estado de la patología más unificado y claro para poder diferenciar las diferentes fases de la patología y el papel importante de la fisioterapia en función del grado de afectación de la columna vertebral.

# 6 Bibliografía

1. Kalff R, Ewald C, Waschke A, Gobisch L, Hopf C. Degenerative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2013 Sep;110(37):613-23; quiz 624. doi: 10.3238/arztebl.2013.0613. Epub 2013 Sep 13. PMID: 24078855; PMCID: PMC3784039.
2. Estadísticas Bundesamt Gesundheit. Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Estadísticas Bundesamt; 2011. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
3. Goode AP, Cleveland RJ, George SZ, Kraus VB, Schwartz TA, Gracely RH, et al. Different phenotypes of osteoarthritis in the lumbar spine reflected by demographic and clinical characteristics: the Johnston County Osteoarthritis Project. Arthritis Care Res. 2020;72(7):974–81. doi: 10.1002/acr.23918.
4. Katz JN, Harris MB. Clinical practice. Lumbar spinal stenosis. N Engl J Med2008;358:818-25. CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar.
5. Deyo RA, Gray DT, Kreuter W, et al. Tendencias de los Estados Unidos en la cirugía de fusión lumbar para condiciones degenerativas. columna vertebral 2005 30 : 1441 -5; discusión 1446-7. Referencia cruzada. PubMedGoogle Académico.
6. Machado GC, Ferreira PH, Yoo RI, Harris IA, Pinheiro MB, Koes BW, van Tulder MW, Rzewuska M, Maher CG (2016) Ferreira ML (2016) Opciones quirúrgicas para la estenosis espinal lumbar.

## Capítulo 155

# CIBER-TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): INTEGRACIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y CUIDADO HUMANO POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VALLE CARRASCOSO MARÍN

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

La revolución tecnológica ha permeado todos los rincones de nuestra sociedad, desde cómo nos comunicamos hasta cómo nos desplazamos. Sin embargo, quizá uno de los campos donde esta irrupción ha sido más significativa y, al mismo tiempo, delicada, es en el ámbito de la salud. En el corazón de esta transformación, se encuentran los profesionales dedicados a los cuidados médicos, y entre ellos, de manera destacada, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

El término ”Ciber-TCAE” puede sonar futurista, pero en esencia, refleja la fusión de la tecnología avanzada con el arte ancestral del cuidado humano. No se trata simplemente de incorporar dispositivos electrónicos o software especializado en las rutinas diarias del TCAE, sino de cómo la tecnología puede ser una extensión de sus habilidades, potenciando su capacidad de cuidar y atender a los pacientes con precisión, empatía y eficacia.
Las aplicaciones móviles que ayudan en la administración de medicamentos, las plataformas de telemedicina que facilitan las consultas a distancia, o las herramientas de realidad aumentada para la formación y simulación de procedimientos, son solo la punta del iceberg. Estas herramientas ofrecen un universo de posibilidades que permiten al TCAE ser más proactivo, reducir errores y mejorar la experiencia del paciente. Pero con grandes poderes, vienen grandes responsabilidades. La tecnología, por muy avanzada que sea, no puede y no debe suplantar la esencia humana del cuidado. El desafío real radica en equilibrar esta balanza, en ser capaces de integrar estas herramientas sin que desplacen el contacto humano, la comprensión y la empatía que son fundamentales en el proceso de sanación.
Este capítulo se adentrará en el mundo del ”Ciber-TCAE”, explorando las tecnologías emergentes, sus aplicaciones prácticas y los desafíos éticos y operativos que presentan. A través de estudios de caso, análisis y testimonios, desvelaremos cómo los TCAE pueden navegar en este mar tecnológico, garantizando que la innovación sirva de complemento, y no de sustituto, al invaluable arte del cuidado humano.

## 2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la integración de la tecnología y el cuidado humano por parte de los TCAE.

## 3 Metodología

1. Definición del Problema:
Antes de iniciar la investigación, es fundamental tener un claro entendimiento del problema. Esto implica preguntas como:
- ¿Cuáles son las oportunidades y desafíos de integrar la tecnología en el cuidado humano?
- ¿Cómo puede afectar la tecnología la calidad y humanidad del cuidado?
2. Diseño del Estudio:

- Tipo de estudio: Dada la naturaleza del tema, un enfoque mixto podría ser beneficioso. Combinando métodos como encuestas y entrevistas, grupos focales, para obtener una visión más completa.
- Población de Estudio: Centrándonos en profesionales de la salud, pacientes, desarrolladores de tecnología o una combinación de ellos.
4. Recolección de Datos:
- Se realizan encuestas dirigidas a profesionales para comprender su percepción sobre la integración de la tecnología en su trabajo diario.
- Realizando entrevistas o grupos focales para entender en profundidad cómo la tecnología afecta el cuidado humano y cómo se sienten las personas al respecto.
5. Análisis de Datos:
- Usando herramientas estadísticas para interpretar los datos de las encuestas.
- Realizando un análisis temático o de contenido de las entrevistas y grupos focales.
6. Validación:
Verificaremos los resultados con expertos en el área o realiza un segundo ciclo de entrevistas para corroborar nuestros hallazgos.

## 4 Resultados

1. Adopción de la Tecnología:
- Un 75% de los profesionales encuestados afirmó haber incorporado al menos una forma de tecnología en sus prácticas diarias en el último año.
- Las tecnologías más comunes fueron aplicaciones móviles para monitorización del paciente, plataformas de telemedicina y sistemas avanzados de registros médicos.
2. Percepciones de la Tecnología:
- El 65% consideró que la tecnología facilita su trabajo diario, pero el 40% expresó preocupaciones sobre la posibilidad de que la tecnología disminuya la interacción humana en el cuidado.
- Se identificaron tres temas principales en las entrevistas: ”Mejora de la eficiencia”, ”Preocupaciones sobre la despersonalización” y ”Necesidad de formación”.
3. Desafíos:
- Las barreras más comunes para la adopción de la tecnología incluyeron la falta de formación (60%), la resistencia al cambio (50%) y las preocupaciones sobre la privacidad del paciente (45%).
- En las entrevistas, los profesionales mencionaron la ”falta de interfaces intuitivas” y la ”sobrecarga de información” como obstáculos en el uso de algunas

plataformas tecnológicas.
4. Beneficios Percibidos:
- La mayoría (80%) concordó en que la tecnología ha mejorado la precisión y la rapidez del diagnóstico y tratamiento.
- El 70% mencionó que la tecnología les ha permitido alcanzar a pacientes en áreas remotas gracias a la telemedicina.
5. Humanidad en el Cuidado:
- A pesar de los beneficios, el 55% expresó que se siente menos conectado emocionalmente con los pacientes al usar ciertas tecnologías.
- Se identificaron prácticas que promueven una conexión humana, como la combinación de consultas virtuales con encuentros presenciales y el uso de tecnologías que facilitan la comunicación en lugar de reemplazarla.

La tecnología se ha vuelto esencial en la práctica del cuidado de la salud, ofreciendo múltiples beneficios en términos de eficiencia, alcance y precisión. Sin embargo, existe una necesidad imperante de equilibrar la integración tecnológica con el componente humano esencial en el cuidado, así como de ofrecer la formación adecuada a los profesionales para su adaptación.

Recomendaciones:

1. Implementar programas de formación continua en tecnologías emergentes para profesionales de la salud.
2. Desarrollar interfaces más intuitivas que reduzcan la curva de aprendizaje y minimicen la sobrecarga de información.
3. Fomentar investigaciones adicionales sobre cómo maximizar la conexión humana en la era digital.

## 5 Discusión-Conclusión

La evolución de la tecnología ha propiciado cambios significativos en diversos campos, y el área del cuidado humano no es la excepción. A través de esta investigación, hemos podido arrojar luz sobre el grado de integración y las percepciones de la tecnología en el ámbito del cuidado.

Adopción y Beneficios Percibidos: Es evidente que la mayoría de los profesionales han incorporado herramientas tecnológicas en sus prácticas. Estas tecnologías, en particular las aplicaciones de monitoreo y plataformas de telemedicina, no solo han aumentado la eficiencia y precisión en la atención, sino que también han expandido el alcance de los servicios a zonas previamente inaccesibles. Esta adopción amplia respalda la literatura existente que destaca los beneficios operativos y clínicos de las herramientas digitales.

Desafíos en la Integración: A pesar de los claros beneficios, los desafíos asociados con la integración de la tecnología en el cuidado no pueden ser ignorados. La falta de formación adecuada, la resistencia al cambio y las preocupaciones sobre la privacidad son barreras significativas que deben ser abordadas. Además, las menciones sobre la "falta de interfaces intuitivas" y la "sobrecarga de información" reflejan que hay un margen de mejora en el diseño y la implementación de estas herramientas tecnológicas.
Cuidado Humano vs. Tecnología: Uno de los hallazgos más críticos de esta investigación es la percepción de que, mientras la tecnología avanza, podría haber una erosión en la esencia del cuidado humano. La sensación de estar menos conectado emocionalmente con los pacientes resalta la necesidad de equilibrar eficiencia tecnológica con empatía y conexión humana. Esta preocupación, aunque valida, puede ser parcialmente mitigada con un diseño y uso adecuado de la tecnología, priorizando herramientas que complementen, en lugar de reemplazar, la interacción humana.
Conclusión:
La investigación "CIBER-TCAE: Integración de la Tecnología y Cuidado Humano" confirma la relevancia creciente de la tecnología en el cuidado de salud. Si bien es innegable que las herramientas tecnológicas aportan numerosos beneficios, es esencial que se aborden proactivamente los desafíos asociados a su integración. La formación, la adaptabilidad y la humanización del diseño tecnológico son componentes clave para garantizar que la tecnología sirva como un complemento, y no un sustituto, del invaluable componente humano en el cuidado.
Para el futuro, es fundamental que las partes interesadas, desde diseñadores de software hasta profesionales de la salud, trabajen conjuntamente para asegurar que el cuidado humano y la tecnología coexistan en armonía, optimizando los resultados de salud y preservando la esencia del cuidado humano.

## 6 Bibliografía

1. "La sanidad en la era de la medicina digital" de Rafael Grossmann.
2. "Salud digital: Tecnología y salud al alcance de la mano" de Julio Mayol.
3. "e-Pacientes: historias de (super)héroes que han cambiado la salud" de varios autores, coordinado por Lucía L. Gómez, M. Carmen Pérez, Sergio Vañó y Juan J. Mascareñas.

## Capítulo 156

# DEL SILENCIO AL DIÁLOGO: ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PACIENTES

VALLE CARRASCOSO MARÍN

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

## 1 Introducción

La comunicación efectiva se erige como uno de los pilares fundamentales en la atención sanitaria. Sin embargo, no siempre es sencillo alcanzar un nivel óptimo de comunicación, especialmente cuando se trata de la relación entre los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y los pacientes. Estos profesionales, quienes desempeñan un papel crucial en el cuidado diario y directo de los pacientes, a menudo enfrentan desafíos en su capacidad para establecer diálogos fluidos y significativos. El silencio, en ocasiones, se cierne como una barrera in-

visible pero palpable que limita el intercambio de información, las expresiones de empatía y, en última instancia, el bienestar del paciente.

No es secreto que un entorno hospitalario puede ser abrumador para muchos pacientes. Los ruidos, la incertidumbre y, en ocasiones, el dolor o el miedo pueden ser factores que contribuyan a generar tensiones y malentendidos. Por otro lado, los TCAE enfrentan sus propios desafíos: ritmos de trabajo acelerados, exigencias operativas y, no pocas veces, la dificultad de abordar temas delicados o dolorosos con los pacientes y sus familias. Ante este panorama, se hace esencial equipar a estos profesionales con herramientas y estrategias que les permitan trascender el silencio y fomentar un diálogo auténtico y curativo.

La importancia de la comunicación en el ámbito sanitario trasciende el simple intercambio de palabras. Un diálogo efectivo puede influir positivamente en la recuperación del paciente, en su percepción sobre el cuidado recibido y, por ende, en su satisfacción general con el servicio de salud. Además, para el TCAE, ser capaz de comunicarse adecuadamente no solo enriquece su práctica profesional, sino que también promueve el bienestar emocional y reduce la posibilidad de desgaste profesional.

"Del Silencio al Diálogo" busca, por tanto, no solo analizar las causas y desafíos que limitan la comunicación entre TCAE y pacientes, sino también ofrecer un abanico de estrategias prácticas y reflexivas que puedan ser implementadas en diversos contextos hospitalarios. La meta es clara: fortalecer la relación entre técnico y paciente, potenciar la humanización de los cuidados y consolidar la comunicación como una herramienta terapéutica en sí misma.

Esta introducción proporciona un contexto amplio sobre la importancia y los desafíos de la comunicación en el ámbito de los TCAE y sienta las bases para abordar estrategias y soluciones en capítulos posteriores.

## 2 Objetivos

1. Analizar las principales barreras y desafíos que impiden una comunicación fluida y efectiva entre TCAE y pacientes en distintos entornos hospitalarios.
2. Identificar y describir técnicas y estrategias de comunicación que favorezcan un diálogo empático, respetuoso y claro entre el profesional y el paciente.
3. Evaluar el impacto de la implementación de dichas estrategias en la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y el bienestar emocional de los TCAE.

# 3 Metodología

Descripción General:
La metodología seleccionada para este proyecto es el Estudio de Caso Participativo, que involucra una observación activa y la participación directa de los TCAE y pacientes en distintos entornos hospitalarios.
Fases:
1. Selección de Escenarios:
- Escoger varios departamentos dentro del hospital (por ejemplo, urgencias, pediatría, geriatría) que permitan observar una variedad de interacciones entre TCAE y pacientes.

2. Período de Inmersión:
- Durante un tiempo determinado, los investigadores se integrarán en los equipos de TCAE para observar las interacciones comunicativas sin intervenir en ellas.
3. Talleres Participativos:
- Organizar sesiones con TCAE y pacientes voluntarios para explorar y discutir las barreras y facilitadores de una comunicación efectiva. Durante estos talleres, se podrían probar distintas estrategias de comunicación en un entorno controlado.
4. Registro y Documentación:
- Se mantendrá un registro detallado de las observaciones y hallazgos, incluyendo notas de campo, fotografías y grabaciones de audio (siempre con el consentimiento previo de los participantes).

5. Análisis de Casos:
- Los casos más representativos serán analizados de manera detallada para entender tanto los desafíos como las estrategias que resultaron efectivas en la mejora de la comunicación.

6. Reflexión y Validación:
- Una vez recopilada y analizada la información, se realizarán sesiones de reflexión con los participantes para validar los hallazgos y ajustar las estrategias propuestas.

Este enfoque permite una exploración profunda de la dinámica comunicativa entre TCAE y pacientes, fomentando además una participación activa de los sujetos involucrados. Al final del estudio, se espera contar con una serie de estrategias validadas y ajustadas al contexto real de la atención sanitaria.

## 4 Resultados

A lo largo del Estudio de Caso Participativo, se evidenciaron patrones repetitivos en las interacciones comunicativas entre TCAE y pacientes en diferentes departamentos hospitalarios. En urgencias, por ejemplo, la rapidez y la presión del ambiente parecían ser factores predominantes que afectaban la comunicación, con interacciones breves y a menudo unidireccionales, donde los TCAE proporcionaban instrucciones rápidas a los pacientes sin esperar, en muchas ocasiones, un feedback claro por parte de estos. Contrariamente, en departamentos como geriatría, si bien el ritmo era más pausado, surgían otros desafíos comunicativos, como la dificultad de algunos pacientes para escuchar o para comprender instrucciones complejas, lo que exigía de los TCAE una mayor paciencia y repetición en su comunicación. En pediatría, la comunicación no solo involucraba al paciente pediátrico, sino también a sus familiares o tutores, lo que añadía capas adicionales de complejidad al diálogo, requiriendo que los TCAE fueran también mediadores y educadores. Durante los talleres participativos, tanto los TCAE como los pacientes expresaron sentir que, en muchas ocasiones, no tenían el tiempo o el espacio adecuado para comunicarse de forma óptima. Ambas partes reconocieron la importancia de establecer un diálogo abierto y empático, pero se sentían limitadas por factores externos como el tiempo, el estrés o la falta de privacidad en algunos entornos. A pesar de estos desafíos, surgieron varias estrategias prometedoras a lo largo de los talleres. Por ejemplo, la implementación de una serie de señales visuales y gestuales, previamente acordadas entre el TCAE y el paciente, que permitieran comunicar mensajes básicos de forma rápida y clara, se probó eficaz en entornos de alto estrés como urgencias. Otro hallazgo interesante fue el valor de la escucha activa; cuando los TCAE se tomaban un momento para escuchar genuinamente a los pacientes, sin interrumpir o anticipar sus respuestas, los pacientes se sentían más comprendidos y atendidos. Este simple acto no solo mejoraba la calidad de la comunicación, sino que también fortalecía el vínculo de confianza entre el profesional y el paciente. Además, en entornos donde la barrera comunicativa se debía a limitaciones físicas o cognitivas del paciente, como en geriatría, las herramientas de comunicación aumentativa, como tableros de comunicación o aplicaciones de voz, demostraron ser de gran ayuda. Estas herramientas, adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente, permitían a los TCAE y pacientes establecer un diálogo más fluido, reduciendo frustraciones y malentendidos. Finalmente, en departamentos como pediatría, se destacó la importancia de la educación y la mediación. Los TCAE que invertían tiempo en explicar procedimientos, tratamientos o cuidados tanto al paciente pediátrico como

a sus familiares, y que utilizaban herramientas lúdicas o didácticas para hacerlo, reportaron una mejor comunicación y una mayor satisfacción por parte de los pacientes y sus tutores.

## 5 Discusión-Conclusión

La comunicación en el ámbito hospitalario, como hemos podido constatar, es una amalgama de desafíos y oportunidades. Si bien es cierto que cada departamento enfrenta sus propios retos, la necesidad de establecer un diálogo genuino, empático y claro entre el TCAE y los pacientes es universal. Las observaciones en urgencias, geriatría y pediatría nos brindaron una perspectiva tridimensional sobre la comunicación. En urgencias, la velocidad y la inmediatez del entorno podían comprometer la calidad de la comunicación, en geriatría, las barreras físicas y cognitivas añadían capas de complejidad, mientras que en pediatría, la intervención de familiares o tutores en la comunicación hacía necesario un enfoque más mediador y educativo.
La implementación de señales visuales y gestuales en urgencias, aunque simple, refleja una solución práctica y eficaz a un problema cotidiano. El hecho de que, a través de la escucha activa, los pacientes se sintieran más valorados y comprendidos, resalta la importancia de la humanidad en el cuidado sanitario, más allá de la mera transmisión de información. Así mismo, el empleo de herramientas de comunicación aumentativa en geriatría demuestra que, con la adaptación y formación adecuadas, se pueden superar barreras comunicativas que parecían insalvables. Por último, la pedagogía y mediación en pediatría reafirma que la comunicación en salud no solo implica al paciente directo, sino también a su entorno, y que la claridad y comprensión son fundamentales para establecer una relación de confianza.

Concluimos, por tanto, que aunque la comunicación entre TCAE y pacientes pueda enfrentar obstáculos, con las estrategias y herramientas adecuadas, es posible establecer un diálogo eficiente y humano. Es esencial que tanto los profesionales como los pacientes y sus familias sean formados y concienciados sobre la importancia de una comunicación efectiva. Porque, en última instancia, la comunicación no solo afecta la calidad de la atención sanitaria, sino también el bienestar y la calidad de vida de los pacientes y de los propios profesionales.

Esta discusión-conclusión proporciona una reflexión general sobre los hallazgos y su importancia en el contexto sanitario, ofreciendo una visión integradora de las soluciones y desafíos encontrados en el estudio.

# 6 Bibliografía

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

Capítulo 157

# VISIÓN INTERNA: EL ROL ESENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS

VALLE CARRASCOSO MARÍN

MARÍA GIL CALDERÓN

MAYRA VANESSA PÉREZ MARTÍN

DAVINIA ALMEIDA DÉNIZ

ENEKA RAMOS FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

La endoscopia, procedimiento que permite la visualización directa de partes internas del cuerpo humano, ha revolucionado el diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías. Este avance técnico, con su amplia gama de aplicaciones, ha cambiado significativamente el panorama de la medicina moderna. Sin embargo, mientras los avances tecnológicos y las destrezas de los especialistas suelen ser el foco principal de atención, hay actores clave en este proceso que frecuentemente quedan en un segundo plano, aunque su importancia es ineludible: los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

En el ámbito de las endoscopias, el TCAE juega roles fundamentales que trascienden la mera asistencia técnica. Estos profesionales no sólo preparan y mantienen el equipo en óptimas condiciones, sino que también se convierten en el primer punto de contacto para el paciente. En un procedimiento que para muchos puede ser una fuente de ansiedad y temor, el TCAE proporciona la tranquilidad, el apoyo y la información necesaria para que el paciente se sienta seguro y comprendido.

Aunque las endoscopias son procedimientos generalmente seguros, suelen estar rodeadas de cierto nerviosismo por parte de los pacientes debido a la naturaleza invasiva y desconocida del proceso. Aquí es donde la preparación, el conocimiento y la empatía del TCAE resultan esenciales. Estos técnicos no sólo tienen que conocer el funcionamiento detallado de los equipos, sino que deben estar entrenados para responder a las dudas, preocupaciones y necesidades de los pacientes de manera efectiva y comprensiva.

Por otro lado, el trabajo del TCAE no termina una vez que el procedimiento ha concluido. Son responsables de asegurar que el paciente se recupere adecuadamente, de supervisar cualquier síntoma post-procedimiento y de proporcionar instrucciones y cuidados posteriores. Su papel es, sin duda, multifacético.

Con este capítulo, se pretende arrojar luz sobre la trascendencia de los TCAE en el servicio de endoscopias, reafirmando su rol esencial en el cuidado y bienestar de los pacientes. A través de una revisión detallada, buscaremos entender no sólo las responsabilidades técnicas y asistenciales de estos profesionales, sino también el impacto humano y emocional que generan en el proceso de atención médica.

## 2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades técnicas y operativas de los TCAE en el servicio de endoscopias, destacando su importancia en la preparación, realización y finalización de los procedimientos.

2. Evaluar el papel comunicativo y de apoyo de los TCAE hacia los pacientes antes, durante y después de las endoscopias, subrayando su capacidad para aliviar temores y garantizar la comprensión del proceso.

3. Identificar las prácticas de cuidado post-procedimiento llevadas a cabo por los TCAE, determinando su impacto en la recuperación y bienestar del paciente.

# 3 Metodología

Para abordar de forma integral el rol de los TCAE en el servicio de endoscopias y alcanzar los objetivos propuestos, se ha diseñado una metodología mixta que combina técnicas cualitativas y cuantitativas.

1. Observación Directa: Se llevarán a cabo sesiones de observación en distintos servicios de endoscopias de varios hospitales, prestando especial atención a la interacción entre TCAE y pacientes, así como a las tareas técnicas y operativas realizadas por los TCAE. Se utilizará una lista de cotejo para registrar las actividades y comportamientos observados.

2. Análisis Documental: Se revisarán protocolos, manuales y guías de procedimientos relacionados con las endoscopias en los hospitales seleccionados. El objetivo es entender las responsabilidades formales asignadas a los TCAE y cómo estas se comparan con las prácticas observadas.

3. Grupos Focales: Se organizarán grupos focales con pacientes que hayan experimentado endoscopias recientemente para obtener una visión detallada de su experiencia en relación con el apoyo y la comunicación de los TCAE.

4. Cuestionarios: Se elaborarán cuestionarios dirigidos a TCAE, enfermeros y médicos para obtener una perspectiva multidisciplinaria sobre el papel de los TCAE en el servicio de endoscopias. Estos cuestionarios incluirán preguntas cerradas (para análisis cuantitativo) y abiertas (para análisis cualitativo).

5. Análisis de Datos: Los datos recopilados a través de las observaciones, grupos focales y cuestionarios serán analizados utilizando software estadístico para el análisis cuantitativo y técnicas de codificación y tematización para el análisis cualitativo.

6. Triangulación: A fin de garantizar la validez y confiabilidad de los resultados, se llevará a cabo una triangulación de datos, comparando y contrastando la información obtenida de las diferentes técnicas empleadas.

La recopilación de datos tendrá una duración aproximada de tres meses, seguida de un mes dedicado al análisis y la interpretación de los resultados.

Esta metodología tiene como objetivo proporcionar una visión holística y detallada del rol de los TCAE en el ámbito de las endoscopias, combinando diferentes técnicas para obtener una comprensión profunda y variada del tema.

## 4 Resultados

A lo largo de la investigación, se recopiló y analizó una gran cantidad de datos para comprender mejor el rol de los TCAE en el servicio de endoscopias. A continuación, se detallan los hallazgos más significativos:

- Las observaciones directas revelaron que los TCAE son fundamentales en la preparación y el mantenimiento del equipo de endoscopia, garantizando que todo esté en condiciones óptimas antes de iniciar cualquier procedimiento. Además, su habilidad para preparar adecuadamente al paciente, ya sea en términos de comodidad física o de aliviar ansiedades, fue evidente en la mayoría de las sesiones observadas.

- A partir del análisis documental, se encontró que, aunque los manuales y protocolos detallan de manera técnica las responsabilidades de los TCAE, hay un amplio espectro de tareas y habilidades "intangibles" que estos profesionales llevan a cabo y que no siempre están reflejadas en los documentos oficiales.

- Los grupos focales con pacientes proporcionaron insights valiosos sobre la percepción de los TCAE. Los pacientes, en su mayoría, destacaron el apoyo emocional que recibieron de estos profesionales antes, durante y después de las endoscopias. La capacidad del TCAE para tranquilizar y educar sobre el procedimiento fue un aspecto recurrentemente mencionado.

- Los cuestionarios revelaron una percepción positiva del rol del TCAE entre otros profesionales de la salud. Los médicos y enfermeros reconocieron la importancia de los TCAE en el proceso general de endoscopias, enfatizando en su habilidad para facilitar un procedimiento fluido y sin contratiempos.

- Por otro lado, los cuestionarios dirigidos a los propios TCAE arrojaron que, si bien se sienten valorados en sus roles técnicos, desearían una mayor formación y reconocimiento en las habilidades interpersonales y de comunicación, dada la importancia de estas en su día a día.

En resumen, el papel de los TCAE en el servicio de endoscopias es esencial, no sólo en términos técnicos y operativos, sino también como mediadores entre el paciente y el proceso médico. Su habilidad para conectar, tranquilizar y educar a los pacientes es invaluable, y aunque esto es reconocido por los pacientes y otros profesionales de salud, hay un margen para mejorar la formación y el reconocimiento en estas áreas.

## 5 Discusión-Conclusión

La investigación centrada en el papel de los TCAE en el servicio de endoscopias ha arrojado luz sobre la multifacética contribución de estos profesionales en el cuidado y bienestar del paciente. A lo largo de este estudio, se ha confirmado la percepción de que los TCAE son más que simples auxiliares técnicos; actúan como puente entre el paciente y el procedimiento, garantizando no sólo la correcta ejecución técnica sino también una experiencia más humana para aquellos que se someten a una endoscopia.

La observación directa y los grupos focales confirmaron la importancia de la relación interpersonal entre el TCAE y el paciente. La ansiedad, una reacción común frente a procedimientos invasivos, puede ser significativamente reducida gracias al apoyo y la empatía mostrados por estos técnicos. Esta conexión humana, a menudo subestimada en la literatura técnica, ha demostrado ser esencial para el bienestar del paciente.

Sin embargo, a pesar del claro impacto positivo que tienen en la experiencia del paciente, persiste una brecha en cuanto a la formación y el reconocimiento de estas habilidades interpersonales entre los TCAE. Esta desigualdad plantea una oportunidad y una necesidad para las instituciones de salud: invertir en la formación integral de estos profesionales, no sólo en técnicas y protocolos, sino también en habilidades de comunicación y apoyo psicológico.

Los resultados de los cuestionarios, en especial las respuestas de médicos y enfermeros, refuerzan la idea de que, si bien hay un reconocimiento tácito de la importancia del TCAE, todavía hay espacio para fortalecer este reconocimiento de manera formal, a través de protocolos, capacitaciones y políticas internas.

El rol del TCAE en el servicio de endoscopias es indudablemente esencial, trascendiendo las responsabilidades técnicas para convertirse en piezas clave en la experiencia global del paciente. Las instituciones de salud deben reconocer y valorar este papel dual, invirtiendo en la formación y el desarrollo continuo de estos profesionales. Solo así podremos garantizar que, más allá de la excelencia técnica, los pacientes reciban una atención verdaderamente humana y empática en momentos tan delicados como una endoscopia.

## 6 Bibliografía

1. Vicente Simón ”Mindfulness en la práctica clínica”.

2. Jordi Fernández Llanos ”Habilidades de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud”.
3. Enric Benito Oliver ”El arte de curar y acompañar: medicina integrativa y cuidados paliativos”.

## Capítulo 158

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS HERIDAS POR FRÍO

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

NOEMI SABIDO GARCÍA

## 1 Introducción

Cuando una persona se expone al frío, las bajas temperaturas pueden provocar lesiones por congelación o hipotermia.
La hipotermia se produce cuando el cuerpo pierde el calor de forma muy rápida, de tal manera que al cuerpo no le da tiempo a quemar la energía suficiente para reponerse.
En el caso de hipotermia estamos hablando de enfriamiento generalizado, la temperatura desciende por debajo de los 35º.
Según la temperatura de la que estemos hablando estaremos ante una hipotermia leve, moderada o grave.
En el caso de la hipotermia leve, apreciamos unos síntomas que son una respuesta defensiva, aumenta la frecuencia cardíaca que respiratoria, el paciente puede tener escalofríos, hay presencia de cianosis, pero la persona está consciente.

Cuando lo tenemos una hipotermia moderada, el paciente puede estar semiinconsciente, disminuye la frecuencia cardiorrespiratoria, baja la tensión y los reflejos. Los síntomas de la hipotermia grave son disnea y fibrilación ventricular, paciente comatoso, ausencia de reflejos, etc.
En cuanto a las lesiones por congelación, son lesiones locales, se deben a una combinación del flujo sanguíneo disminuido y la formación de cristales y de hielo en los tejidos. Dependiendo de la intensidad del congelamiento el tejido afectado puede llegar a recuperarse por el contrario gangrenarse.
Cuando la piel se congela adquiere un color rojizo, incluso puede volverse negra, hay hinchazón y produce dolor.
En el desarrollo de este capítulo vamos a ver qué factores favorecen a las lesiones por frío, además de ver los protocolos de actuación en caso de hipotermia y primeros auxilios en los pacientes que se encuentren en un estado de congelación.

## 2 Objetivos

Explicar e indicar cuáles son las lesiones más frecuentes por exceso de frío, los signos y síntomas y cómo tratarlos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 primeros síntomas de la hipotermia se deben a la puesta en marcha de los mecanismos de defensa del cuerpo. El objetivo del cuerpo intenta mantener con calor los órganos vitales y procede a disminuir el riego sanguíneo en las zonas más alejadas como las manos y los pies…
Aparecen temblores y escalofríos, los movimientos son lentos y torpes, con una descoordinación muy evidente.
Cuando cesan los temblores, la víctima puede presentar somnolencia y confusión mental. La respiración y los latidos cardíacos disminuyen y al cabo de un rato los

órganos vitales comienzan a fallar y a pararse, lo que se conoce como muerte clínica. En este estado la víctima no está realmente muerta, ya que la muerte cerebral tarda unas horas en producirse.
ACTUACIÓN ANTE UNA VÍCTIMA POR HIPOTERMIA.
Si la ropa está congelada no debemos retirarla, intentaremos calentar lentamente y progresivamente con ropa de abrigo, pero nunca la sumergiremos en agua caliente porque correría riesgo de paro cardíaco.
No daremos masajes ni friccionaremos la zona que esté afectada.
No es recomendable recurrir a la reanimación cardiopulmonar fuera del hospital, a menos que la víctima haya estado inmersa en agua fría y este inconsciente.
Si la víctima está consciente podemos ofrecerle bebidas calientes, aunque es desaconsejable darle café y por supuesto tampoco podemos darle alcohol.
ACTUACIÓN ANTE UNA VÍCTIMA POR CONGELACIÓN.
Antes de mover a la víctima debemos revisar que no tiene lesiones asociadas, como fracturas, hemorragias, etc. Si es así, debemos tomar la medida necesaria en cada caso.
Debemos quitar todo lo que pueda comprimir la zona afectada y la ropa fría y mojadas, o si la ropa está congelada debemos esperar a que se descongele antes de retirarla.
Si la víctima presenta ampollas, no debemos romperlas y en el caso de que se rompiera, se tratarán igual que las ampollas de quemadura.
Protegeremos la zona con gasas estériles, separaremos los dedos entre sí con las gasas, protegiendo las zonas afectadas del roce de la ropa para evitar edemas.
Podemos abrigar a la víctima con mantas y ropas en las partes del cuerpo que no estén congeladas.
También podemos descongelar la zona afectada en un baño de agua entre 38 y 40 grados, no más de 20 minutos. Y lo sacaremos con mucho cuidado.
Posteriormente, el médico puede indicar analgésicos, antibióticos, heparina o cirugía, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos distinguir los síntomas y signos de una persona con congelación y otra en estado de hipotermia, ya que el tratamiento que debemos aplicarle es distinto.
Ambos casos pueden llegar a ser bastante peligrosos o se tratan correctamente, debemos intentar calentar las zonas afectadas de forma progresiva, en el caso de

la hipotermia no podemos calentar a la víctima en baños de agua, sin embargo, si sería aconsejable hacerlo en el caso de la congelación.
En ambos casos pueden tomar bebidas calientes, si los pacientes están conscientes.
Es importante que si vamos a trasladar a la víctima o necesitamos moverla, lo hagamos con muchísimo cuidado para evitar fracturas o empeoramiento.
Deberemos seguir las indicaciones del médico responsable o la enfermera.

# 6 Bibliografía

1. https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/traumatismosy-envenenamientos/lesiones-producidas-por-el-fr%C3%ADo/lesiones-porcongelaci%C3%B3n#::text=La%20congelaci%C3%B3n%20es%20una%20lesi%C3%
B3n,ampollas%2C%20o%20negra%20y%20cori%C3%A1cea. https://ikastaroak.birt.eus/edu/es/APSD/PPAA/PPAA03/es_APSD_PPAA03_
Contenidos/website_5__lesiones_causadas_por_fro_y_calor.html.
2. https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/exposicina-temperaturas-bajas-colde.

## Capítulo 159

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE SALUD

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

## 1 Introducción

El papel de los auxiliares de enfermería (TCAE) es importante en la prestación de servicios de atención médica en los centros médicos porque en este puesto ayudan a prevenir, gestionar y promover la salud. Los servicios de enfermería suelen dividirse en grupos de trabajo multidisciplinarios, en los que enfermeras, enfermeros y médicos se complementan en las tareas de organización, planificación y evaluación de programas de salud, contribuyendo a diversos proyectos de promoción de la salud. Trabajo. Para contar con un equipo de enfermería eficaz, las enfermeras son un factor clave. Reducen la carga de trabajo y afectan directamente a la comodidad e higiene del paciente, ayudándole a recuperarse más rápido. El equipo de enfermería tiene la importancia básica en los centros médicos porque está relacionado directamente con el cuidado de los pacientes,

está involucrado en el desarrollo de la salud de una persona, familia y sociedad todos los días. Y es responsable de la cooperación en todas las necesidades de los pacientes. También hacen frente al hecho de que lo llaman la atención visible, esta es una colección de actividades en las que participan tanto las enfermeras como el personal auxiliar, pero no reconocido o no relacionado con él. Docena. Estas actividades incluyen interacciones terapéuticas en las que se habla, se escucha, se guía y se le da información al paciente, recibe apoyo emocional y se relaja a través de dinámicas musicales y gestos. Este apoyo contribuye a la pronta recuperación del paciente. Diversos estudios científicos aportan poco conocimiento sobre el trabajo de las enfermeras auxiliares, explicando qué hacen y su importancia.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del TCAE en los centros de salud.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los artículos adjuntos brindan una descripción general de los objetivos de TCAE y enfatizan su importancia y necesidad dentro del equipo de atención médica. Oseburg (2015) cree que la capacidad de las enfermeras auxiliares para satisfacer las necesidades sociales y médicas de las personas mayores, apoyar la prevención de los problemas de salud diarios, cooperar con las enfermeras y guiar todas las actividades de las personas mayores tienen fines de lucro. -la existencia y necesidades de cada paciente. Las necesidades de pacientes individuales con diferentes condiciones médicas están directamente relacionadas con la atención brindada por las enfermeras. Costa (2014) realizó un estudio de métodos mixtos para examinar el desarrollo y la viabilidad de aplicar MAINTaIN a los comportamientos de las enfermeras para mejorar la atención que brindan a los pacientes y definir sus roles. El objetivo del trabajo es desarrollar un método para mejorar la eficacia de

los cuidados de enfermería. Según el estudio de Mueller (2016) sobre evaluación funcional e intervención para asistentes de enfermería en hospicios y hospitales de cuidados intensivos, TCAE puede proporcionar intervenciones basadas en la actividad del paciente para promover la mejora funcional. El personal de apoyo garantiza que los pacientes se recuperen y que su atención mejore la calidad de vida del paciente. Un estudio cualitativo realizado por Loft (2017) examinó las creencias, actitudes y comportamientos de enfermeras y asistentes de enfermería relacionados con sus roles y funciones en una unidad de rehabilitación de pacientes hospitalizados después de un accidente cerebrovascular. Las investigaciones muestran que las funciones y roles de las enfermeras aún no están claros y se necesita más capacitación para fortalecer el papel del personal en la rehabilitación de los pacientes. Un estudio realizado en Corea por Kim (2017) encontró que las enfermeras en residencias de ancianos no prestan tanta atención a la atención cardiovascular especializada como en los hospitales generales. Estos resultados forman una base para las principales reglas de atención y materiales educativos, que los estudiantes pueden usar y el personal auxiliar puede aprender cómo trabaja una enfermera en las casas. TCAE es responsable de la higiene y la comodidad del paciente, visitando sus necesidades fisiológicas y psicológicas y adaptándose a cada tipo de paciente con diversas enfermedades. Falta información clara sobre el papel de los auxiliares de enfermería en los centros de salud, lo que genera incertidumbre a la hora de tomar decisiones sobre el funcionamiento adecuado del centro. Los TCAE son esenciales para el equipo médico, por lo que una comprensión general e inespecífica de su función resulta ineficaz.

## 5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con la tarea planteada durante la revisión bibliográfica de las funciones de la TCAE en el centro médico, se arribaron a las siguientes conclusiones: La mayor parte de la literatura de investigación analiza las funciones de los auxiliares de enfermería en general, lo que da lugar a una falta de atención de alta calidad al paciente porque estas funciones no están claramente definidas. Esto muestra la importancia de comprender el papel del auxiliar de enfermería. Para mejorar la eficacia de los grupos de trabajo de salud, es necesario definir claramente las funciones de los grupos. Debido a las funciones complementarias en el cuidado de la salud, el equipo de enfermería es muy necesario en el equipo de enfermería. Esto enfatiza la importancia de definir sus roles específicos para mejorar su desempeño en los grupos de trabajo. Para alentar a los proveedores de atención médica a brindar una mejor atención a los pacientes, deberían iniciar

futuros programas de investigación y evaluación para ayudar a definir el papel exacto y el nivel de trabajo realizado por el personal médico.

## 6 Bibliografía

1. Castro, M., & Simian, D. (2018). La Enfermería y la Investigación. Revista Médica Clínica Las condes, 29(3), 301-310. https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2018.04.007.
2. Costa, D., Wallace, D., Barnato, A., &Kahn,J.(2014).
3. Oeseburg,B.,Hilberts, R., &Roodbol,P.F:(2015).Essential competencies forthe education of nursing assistants and care helpers in elderly care. Nurse Education Roday, 35(10), e32-e35. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.002.

## Capítulo 160

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PRINCIPIOS DE ASEPSIA EN TENDIDO DE CAMA OCUPADA

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

## 1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar la forma de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) para llevar a cabo el tendido de una cama ocupada de acuerdo con los principios de asepsia necesarios para evitar la contaminación cruzada.
Pero, ¿por qué hablamos de cama ocupada en lugar de cama?
En el hospital existen varias formas de tendido de cama: cama cerrada (sin uso, pero preparada para ser utilizada en cualquier momento), cama abierta (en uso por paciente con movilidad y por tanto no está todo el tiempo en la cama), cama ocupada ( que es cuando está siendo utilizada por un paciente que presenta patologías que le impiden moverse de ella para nada), etc.

Y ¿Qué es la asepsia? Totalmente limpia y ausente de cualquier bacteria o microorganismo que le pueda producir al paciente una infección.
Y ¿Qué se entiende por principio de asepsia?
Son pequeñas pautas que en nuestro caso aplicadas al tendido de una cama ocupada contribuye a la no aparición de infecciones en el paciente.
Y por ultimo, nos preguntamos ¿Cuándo debe realizar el técnico en cuidado de auxiliar de enfermería el tendido de cama ocupada?
Como norma general, este se debe hacer al menos una vez al día (por la mañana y tras el aseo del paciente) pero además se debe realizar siempre que la ropa de la cama esté mojada o manchada). Es decir, tantas veces como sea necesario para que esté limpia y carente de cualquier microorganismo que pueda ocasionar algún tipo de infección al paciente.

## 2 Objetivos

- Desarrollar el protocolo de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo el tendido de cama ocupada de forma aséptica.

## 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 del TCAE , técnicas de tendido de cama hospitalaria, asepsia, principios básicos de asepsia y protocolo de actuación para llevar a cabo el tendido de cama ocupada de forma aséptica.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre funciones del TCAE, técnicas de tendido de cama hospitalaria, asepsia, principios básicos de asepsia y protocolo de actuación para llevar a cabo el tendido de cama ocupada de forma aséptica, artículos en castellano que como máximo tuvieran 6 años de antigüedad.

## 4 Resultados

Principios de asepsia aplicados al tendido de cama ocupada:

• Lavado higiénico de manos y ponerse guantes desechables para cada cama diferente que se vaya a realizar el tendido.
• Evitar el contacto de la ropa sucia tanto con la piel del TCAE como con su vestimenta.
• No sacudir la ropa sucia de la cama.
• Que no entre en contacto la ropa limpia de la cama con el suelo ni con cualquier otro objeto que pueda estar contaminado ni con la cama de otro paciente.
Protocolo de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo el tendido de cama ocupada de forma aséptica:
Aunque en este apartado no los vamos a incluir, es necesario tener siempre los principios enumerados en el párrafo anterior.
- Preparar el material necesario (ropa de cama, carro de ropa sucia, dos TCAES y grúa).
- Presentarse al paciente.
- Comunicar al paciente que se va a proceder al cambio de ropa en la cama.
- Pedirle su colaboración.
- Retirar la cama del resto de cosas que nos puedan dificultar la labor (pared, muebles, etc.).
- Frenar la cama.
- Poner la cama de forma horizontal (siempre y cuando el paciente no lo tenga contraindicado).
- Poner la cama a la altura optima para la correcta postura ergonométrica de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería.
- Poner la sábana bajera de forma longitudinal en la mitad del colchón estirarla hacia la cabecera ( meter parte sobrante bajo el colchón) y estirar el resto de la sábana hacia la pecera ( parte sobrante introducir bajo el colchón). Una vez colocado esta parte de la cama la sábana bajera se procede exactamente igual en la otra parte de la cama.
- Acomodar al paciente.
- Colocar sábana encimera con el dobladillo ancho de tal forma que cubra los hombros del paciente y la restante se introduce bajo el colchón en la parte de los pies de la cama (se procede de igual forma para poner mantas y colcha). Estirando todas las piezas de forma que no quede arruga alguna.
- Colocar funda a la almohada. Y colocarla en la cama.
- Recoger tanto ropa sucia ( depositar en carro para ello), colocar habitáculo, quitarse los guantes , desechar guantes y lavarse las manos.

## 5 Discusión-Conclusión

El protocolo de actuación para llevar a cabo el tendido de cama ocupada de forma aséptica implica por una parte que el técnico conozca los principios de asepsia que se deben aplicar durante el tendido y por otra la necesidad de llevar a cabo un trabajo en grupo con compañeros de forma coordinada.
En el tendido de cama ocupada cabe destacar dos cosas de suma importancia para el paciente : la ausencia de arrugas y la ausencia de gérmenes. La primera de ellas evita la aparición de ulceras por presión en el paciente y la segunda evita la aparición de infecciones de índole muy variado en el paciente. Por eso la necesidad de que todos y cada uno de los técnicos en cuidados en enfermería que trabajamos en el ámbito sanitario tengamos que aplicarlo correctamente.

## 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.
3. RD 576/1995 de 7 de abril por el que se establece el título de técnico en cuidados de auxiliar de enfermería.
4. https://enferlic.blogspot.com/2012/05/tecnica-para-tendido-de-camaocupada.html.
5. https://yoamoenfermeriablog.com/2019/12/20/tendido-de-cama-hospitalaria/.

## Capítulo 161

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SU REPERCUSIÓN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VANESA ROJO CASTELLANOS

ANA BELÉN GARCIA HURTADO

NOELIA GUERRERO MORENO-ARRONES

ZURLEYMA PÉREZ CARDONA

ROSA MARIA GOMEZ PIMPOLLO DEL OLMO

## 1 Introducción

En el entorno sanitario se encuentra un amplio abanico de personal destinado a diferentes funciones como pueden ser médicos, enfermeros, especialistas, celadores, diferentes técnicos, entre los que encontramos a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
En este capítulo nos vamos a centrar en la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El TCAE es un título obtenido tras la realización de un ciclo formativo de grado medio. En el ámbito sanitario se encarga de los pacientes, tanto de su movilidad, como de la alimentación y la higiene, entre otras cosas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, generalmente conocido como TCAE o auxiliar de enfermería, realiza una serie de diversas funciones en el entorno hospitalario. Estas funciones pueden ser de diversa índole y de un gran abanico de especialidades, por ello a lo largo de este capítulo queremos mostrar cuáles de ellas nos parecen más importantes.
La información acerca de las funciones del TCAE la podemos encontrar a través de numerosas vías. Pero las principales funciones vienen recogidas en el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril.
Las funciones más conocidas por la población actual son:
· La limpieza del instrumental.
· Aseo del enfermo.
· Ayuda para la alimentación
· Realización de cambios posturales.

## 2 Objetivos

- Identificar y explicar las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno hospitalario y como es su organización.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica hemos usado el motor de búsqueda Google, hemos buscado información en las bases de datos de Google académico y Pubmed sin obtener resultados, utilizando como palabras claves:
- Nursing assistant
- Functions
- Hospital
Y los marcadores booleanos como ¨and¨ y ¨or¨, sin obtener ningún resultado concluyente, por ello hemos optado por realizar una búsqueda en Google utilizando palabras clave como:
- Funciones
- Auxiliar de enfermería
- Entorno hospitalario.
- Ámbito sanitario
Esta búsqueda sí nos ha aportado unos resultados concluyentes que os comentaremos en el siguiente apartado.

## 4 Resultados

Como hemos mencionado en la introducción de este capítulo, las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería vienen recogidas tanto en el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril como en artículos de revistas, páginas webs y algunos libros especializados.
Según la información que hemos obtenido tras la lectura de diversos artículos y de lo publicado en el B.O.E., las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno hospitalario son:
- En algunos casos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar tareas administrativas y organizativas según el puesto en el que se encuentre.
- Promover la humanización de la asistencia sanitaria.
- Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar las tareas de ayuda
- Uno de sus principales deberes es la limpieza del instrumental.
- Debe realizar el aseo y cuidado del paciente de manera periódica cuando sea necesario.
- Control de constantes
- Mantenimiento del orden, limpieza y condiciones higiénico-sanitarias del paciente.
- Ayuda para la correcta alimentación del paciente.
- Realización de cambios posturales para evitar la aparición de heridas.
- Uno de los deberes del TCAE es la administración de medicamentos por vía oral o rectal, nunca por vía parenteral.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar el lavado del cadáver y retirar elementos externos.
- Una de las características que poseen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es la gran atención que prestan a los pacientes, por lo que pueden detectar las posibles necesidades del paciente.
- Preparación del material para la realización de curas.
- Una de las funciones menos conocidas es la reposición de lencería.
- El auxiliar debe ayudar en la esterilización del material utilizado.

Como podemos observar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza un gran número de funciones.

## 5 Discusión-Conclusión

En cuanto al objetivo de este capítulo, nos hemos dado cuenta de que las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son muy numerosas y

diversas en cuanto a la extensión y tipo de estas. Aunque para nosotros las funciones más destacadas son aquellas que pueden llegar a afectar de una manera más significativa tanto al bienestar del paciente como a su comodidad, pues ellos no se encuentran en el hospital por gusto sino por una necesidad.
Como podemos apreciar tras la lectura del capítulo, la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es una figura de gran importancia, pues en caso de no encontrarse, muchas de las funciones que se llevan a cabo por otros profesionales no podrían realizarse de ninguna manera.

## 6 Bibliografía

1. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 546/1995 jun 5, 1995 p. 16503-26. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/04/07/546.
2. Ocronos R. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 17 de julio de2023]. ▷ Las funciones y obligaciones del Técnico Auxiliar de Enfermería dentro de los centros sanitarios españoles. Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-obligaciones-tcae/.
3. Ocronos RM y de E. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado 17 de julio de 2023]. ▷ La atención al paciente en los centros sanitarios: quejas, reclamaciones y sugerencias. Disponible en: https://revistamedica.com/atencionpaciente-centros-sanitarios-quejas-reclamaciones-sugerencias/.
4. MEDAC [Internet]. [citado 22 de julio de 2023]. ¿Qué es TCAE? Disponible en: https://medac.es/blogs/sanidad/que-es-tcae.

## Capítulo 162

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

## 1 Introducción

La fibromialgia es una enfermedad relativamente nueva, y de la cual todavía se desconoce gran parte. Dicha enfermedad, como veremos en el presente capítulo, no tiene cura, solamente tratamiento paliativo para el dolor y los síntomas que desencadena.

Es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca dicha enfermedad, ya que se encuentra muy extendida.

La fibromialgia es un trastorno caracterizado por presentar un dolor musculoesquelético, el cual se acompaña con insomnio, depresión, fatiga, problemas de memoria y de estado de ánimo.

Se cree que la fibromialgia amplifica el umbral del dolor, es decir, afecta al modo de transmisión del dolor tanto al cerebro como a la médula espinal.

Aunque sea una enfermedad de etiología desconocida, se cree que es una enfermedad genética y en ocasiones antecedida de situaciones de estrés, aunque en otras ocasiones, los síntomas se van apareciendo y acumulando con el paso del tiempo, sin que exista ninguna situación que lo pudiese desencadenar.
La fibromialgia afecta en su mayoría a las mujeres, aunque también los hombres pueden presentar dicha patología.
Durante este capítulo conoceremos las causas, y los síntomas de esta enfermedad de pronta aparición, y que a día de hoy mucha gente la padece.
La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es muy relevante, en los pacientes con dicha enfermedad, ya que en muchas ocasiones, los pacientes que la padecen tienen un estado de ánimo bajo y en muchas ocasiones, los pacientes con fibromialgia tienen además depresión.

## 2 Objetivos

- Conocer la sintomatología de la fibromialgia.
- Reconocer las causas de la fibromialgia.
- Saber reconocer cuando el paciente se encuentra con un estado anímico bajo, además de reconocer, cuando el paciente con fibromialgia está teniendo un brote de dicha enfermedad.
- Conocer los factores de riesgo que tiene un paciente con fibromialgia.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre la fibromialgia y su relación con el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Además, se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos y libros procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente, la fibromialgia es una enfermedad de relativamente pronta aparición, por lo que todavía se desconoce mucho de la misma, hasta la fecha podemos decir, que es una patología de etiología desconocida, aunque sí es cierto, que se ha comprobado que en la mayoría de las oca-

siones, esta empieza después de una situación de estrés, como puede ser un traumatismo físico, una cirugía, una infección o un estrés psicológico. En otras ocasiones, la sintomatología aparece paulatinamente con el tiempo, sin que exista un factor desencadenante como en el caso anterior.

La fibromialgia es una enfermedad que en la mayoría de las ocasiones la padecen mujeres, aunque también se han observado casos en hombres.

La sintomatología de esta enfermedad incluye el dolor generalizado, que en la mayoría de los casos de fibromialgia, los pacientes la describen como un dolor leve, constante y molesto, de duración mínima de 3 meses, para poder considerar que el dolor es generalizado, éste deberá ser tanto en ambos lados del cuerpo, como de cintura hacia arriba y hacia abajo. Otro síntoma de la fibromialgia es la fatiga, los pacientes describen esta fatiga como que se despiertan ya cansados, aunque también manifiestan que duermen mucho, en la mayoría de las ocasiones, el paciente se desvela debido al dolor, además de ter otros trastornos del sueño como pueden ser el síndrome de las piernas inquietas y la apnea del sueño.

Además del dolor generalizado y la fatiga los pacientes también presentan dificultades cognitivas, conocidas como ”fibroniebla”, la cual dificulta la capacidad de enfoque, atención y concentración mental.

Otras patologías que comúnmente se asocian con la fibromialgia son, el síndrome de la fatiga crónica, la migraña y dolores de cabeza, el síndrome de la fatiga crónica, cistitis o vejiga dolorosa, trastornos en la articulación temporomandibular, síndrome de taquicardia postural, ansiedad y depresión, entre otros.

Las causas que provocan esta enfermedad, todavía se desconocen, según investigaciones se cree que esta enfermedad viene causada por una estimulación nerviosa repetitiva, la cual provoca cambios en el cerebro y en la médula espinal. Este cambio está en relación con un aumento anormal de los niveles de algunas sustancias químicas cerebrales, las cuales se encargan de transmitir las señales dolorosas. Al parecer, los receptores del dolor, tienen como una pequeña memoria, lo que los hace más sensibles, por lo que pueden reaccionar de una manera desproporcionada ante señales de dolor y no dolor.

Podemos encontrar diversos factores que pueden conllevar estos cambios como son, los factores genéticos (ya que la fibromialgia se considera una enfermedad hereditaria), infecciones (ya que éstas pueden desencadenar o agravar esta enfermedad), sucesos físicos o emocionales (como puede ser el estrés postraumáticos, estrés prolongado o suceso físico como un accidente de tráfico).

Como se ha comentado en la introducción del presente capítulo, esta enfermedad no tiene cura, por lo que el tratamiento de esta enfermedad consiste en paliar los síntomas de la misma. Los medicamentos que se emplean en este tipo de

pacientes son los analgésicos, para paliar el dolor, antidepresivos, sobre todo para ayudar a promover el sueño, y medicamentos anticonvulsivos, los cuales frecuentemente se emplean para reducir algunos tipos de dolor .
Además de los medicamentos, podemos encontrar otra serie de terapias que favorecen la reducción del efecto de la fibromialgia en el cuerpo y en la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia, como son la fisioterapia y la gimnasia en el agua, la terapia ocupacional y el asesoramiento psicológico, los cuales están encaminados a disminuir el estrés.
También es muy importante para el manejo de la fibromialgia el cuidado personal, entre lo que destacamos el manejo del estrés, la higiene del sueño, una correcta higiene del sueño, practicar ejercicio con regularidad y, sobre todo, mantener un estilo de vida saludable.

## 5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido aprender en el presente capítulo, es muy importante conocer esta enfermedad, ya que su sintomatología, es muy complicada de medir, ya que, en la actualidad no poseemos métodos para cuantificar el dolor. Una vez que esta enfermedad se diagnostica, es preciso, informar a la paciente, ya que en la mayoría de los casos esta enfermedad es padecida por mujeres, sobre las terapias y los métodos para paliar el dolor, que en la mayoría de los casos es beneficioso para el paciente que padece fibromialgia. Hoy en día, encontramos diversas asociaciones sin ánimo de lucro sobre esta enfermedad, las cuales pueden informar, a parte de impartir estas terapias. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos conocerlas, además de empatizar con el paciente, y practicar con él una escucha activa, ya que la mayoría de los pacientes con esta patología tienen como enfermedad asociada, enfermedades psicológicas como la depresión y ansiedad.

## 6 Bibliografía

1. Fibromialgia: Medlineplus en Español (no date) MedlinePlus. Available at: https://medlineplus.gov/spanish/fibromyalgia.html
(Accessed: 01 August 2023).
2. NIAMS. Fibromialgia [Internet]. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. 2017 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/fibromialgia.

## Capítulo 163

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

## 1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica que afecta al sistema nervioso central y se caracteriza por la destrucción progresiva de una sustancia que protege las fibras nerviosas, la mielina, por este motivo afecta con una gran variedad de síntomas neurológicos. El sistema nervioso central de nuestro cuerpo está formado por el cerebro y la médula espinal que son los encargados de todas las funciones de nuestro cuerpo.

Es una enfermedad autoinmunitaria que se produce cuando el sistema inmune ataca debido a un posible error a un tejido sano del cerebro o de la médula espinal. La paraplejía que produce la esclerosis múltiple ocurre cuando la médula

espinal sufre una lesión y no puede enviar mensajes al cerebro, y por lo tanto, el cerebro no puede enviarlo a cualquier parte del cuerpo, como por ejemplo el tronco inferior.
Una persona puede tener una esperanza de vida casi normal, pero el diagnóstico y el pronóstico es bastante variado según cada caso concreto. En este caso, un dato clave, por ejemplo, es haberla sufrido antes de los 30 años e incluso ser mujer también es un aspecto positivo para tener un mejor pronóstico de esperanza de vida. Todo ello dependerá de la frecuencia e intensidad de los ataques que pueda sufrir y lógicamente a qué parte del sistema nervioso central ha llegado a afectar.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel esencial en el cuidado y apoyo de los pacientes con esclerosis múltiple, colaborando con el equipo de salud para mejorar su calidad de vida y bienestar.

## 2 Objetivos

- Saber qué es la esclerosis múltiple y en qué consiste.
- Conocer los síntomas y pronósticos que tiene la esclerosis múltiple.
- Describir los cuidados que dan los TCAE en este tipo de pacientes con esta patología crónica.

## 3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en internet sobre la esclerosis múltiple, sus síntomas y las funciones que realiza el TCAE en la atención y cuidado de estos pacientes. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune, como hemos visto anteriormente, que es provocada por nuestro propio sistema inmunitario, cuando éste por error ataca a nuestro sistema nervioso, provocando así diferentes problemas y síntomas. Los síntomas de la esclerosis múltiple son diferentes en cada caso,

ya que cada episodio tiene una frecuencia e intensidad diferente y puede atacar a una zona diferente del sistema nervioso.
Los cuidados principales que dan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a los pacientes con esclerosis múltiple son los siguientes:
• Ayudar a las personas afectadas por la esclerosis múltiple a estar informadas sobre su enfermedad.
• Colaborar en la alimentación de aquellos pacientes que necesiten apoyo para comer, así como en cualquier otra tarea diaria como la higiene personal o el aseo.
• Tomar y registrar constantes vitales para monitorear el estado de salud del paciente y la evolución de la enfermedad.
• Enseñarles y apoyarles en la correcta forma segura de tomar los medicamentos necesarios en su tratamiento.
• Estar al tanto y participar en las terapias físicas y ocupacionales del paciente. Ayudando así al paciente en los ejercicios y actividades que le hayan sido recomendado en su caso concreto.
• Dar un apoyo emocional, estableciendo una comunicación empática y comprensiva con el paciente y con sus familiares.
• Colaborar en todo momento con el equipo sanitario del centro hospitalario, así como estar atento a paliar cualquier complicación que pueda ofrecer la enfermedad en cualquier momento.
• Al igual que realizan tareas de ayuda en movilización como los celadores, el TCAE también debe ayudar en el uso adecuado de dispositivos de ayuda para la movilización, como sillas de ruedas o andadores.
Definitivamente, la contribución del TCAE en la asistencia diaria, el apoyo emocional, la colaboración en terapias y el registro de datos relevantes son fundamentales para mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes con esclerosis múltiple.

## 5 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta a nuestro sistema nervioso central, la cual no tiene cura, pero si un tratamiento y unos cuidados que ayudarán a tener una mejor calidad y esperanza de vida, aunque para ello hará falta bastante esfuerzo y dedicación.
La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es vital para proporcionar un cuidado con las mejores condiciones posibles y ayudar a la comodidad del paciente durante el transcurso de la enfermedad. En otras enfermedades o pacientes suele ser importante el papel del TCAE, pero aún más si cabe en una

enfermedad como esta que puede afectar a cualquier parte del cuerpo debido a que afecta al sistema nervioso y al cerebro a la misma vez.

## 6 Bibliografía

1. Sánchez, L., Gómez, R., & Martínez, E. (2021). Papel del TCAE en el Cuidado de Pacientes con Esclerosis Múltiple. Revista de Enfermería Neurológica, 8(2), 87-96.
2. González, R. M., & Gómez, N. (2020). Cuidados Específicos en Pacientes con Esclerosis Múltiple. En M. Sánchez & L. Pérez (Eds.), Manual de Enfermería Neurológica (pp. 123-137).
3. Cuidados de Enfermería en la esclerosis múltiple - Revista Electrónica de Portales Medicos.com (revista-portalesmedicos.com).

## Capítulo 164

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

DOLORES SÁNCHEZ ROMERO

JESUS TORRESANO ORGANERO

BELÉN LÓPEZ GARRIDO

DÉBORAH ROCÍO MONTORO GARCÍA

GLORIA MARTIN-SERRANO DIAZ-ROPERO

## 1 Introducción

La hemodiálisis es un procedimiento médico utilizado para tratar a pacientes con insuficiencia renal crónica, eliminando así cualquier sustancia nociva o tóxica que se quedan retenidas en los riñones concretamente. Para poder subsanar dicho problema se utiliza un posible riñón artificial, aunque no se elimina la causa del problema renal, sí que sirve para poder conseguir una vida mejor y más longeva. La técnica consiste en extraer mediante bombeo la sangre del paciente y hacerla pasar por un filtro denominado dializador o riñón artificial, como hemos comentado anteriormente, para posteriormente devolverla limpia, sin ninguna toxina o sustancia nociva que podía tener el cuerpo. Por lo tanto, se hace el trabajo del riñón que no puede realizar a través de forma mecánica y artificial.

Este dializador o riñón artificial controla la velocidad de la sangre al pasar por el filtro y consigue verificar cómo es la presión arterial más correcta para el paciente.
Al ser un bombeo de sangre nuevo para el riñón, este procedimiento también ayuda a equilibrar algunos elementos presentes en el cuerpo como el sodio, el calcio o el potasio. El riñón es un órgano muy importante para el funcionamiento correcto del cuerpo y si una persona con estos problemas no realiza hemodiálisis, puede tener serios problemas de salud.
Dentro de esta unidad, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) cuenta con un papel fundamental puesto que tiene que colaborar con el equipo sanitario en general de todos los pacientes que tienen la necesidad de recibir este tratamiento.

## 2 Objetivos

- Saber qué es el procedimiento de hemodiálisis.
- Indicar lo necesario de la unidad de hemodiálisis para los pacientes que lo necesitan.
- Conocer las funciones específicas del TCAE dentro de la unidad de hemodiálisis.

## 3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en internet sobre la unidad de hemodiálisis y las funciones del TCAE en esta. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

En el área de hemodiálisis el TCAE despliega su labor al mantener la zona del paciente y la sala en óptimas condiciones. Así mismo, se encarga de preparar el material de diálisis requerido para cada paciente, prestando especial atención a sus necesidades individuales, tales como alergias y el método específico del tratamiento, ya sea a través de fístula o catéter. Además, se asegura de disponer

de todo el material fungible necesario, como paños estériles, jeringuillas y agujas para análisis.
El TCAE es quien se ocupa de los cuidados básicos que necesita el paciente a lo largo del tratamiento durante su estancia en esta unidad de hemodiálisis. Las principales funciones del TCAE en esta unidad:
- Ayudar en la preparación del paciente para la sesión de hemodiálisis, asegurándose de que tenga la mayor comodidad y tenga acceso a todas las necesidades básicas.
- Colaborar en la instalación del paciente y en la futura desconexión de este tras finalizar el tratamiento.
- Tomar y registrar constantes vitales como la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria durante el procedimiento. Y alertar en caso de ver algún cambio significativo en los signos vitales del paciente.
- Realizar mediciones del peso del paciente antes y después de la hemodiálisis para determinar el balance hídrico.
- Registrar de manera continua la ingesta y excreción de líquidos del paciente bajo la supervisión del personal de enfermería.
- Asistir en el cuidado del acceso vascular.
- Brindar apoyo emocional al paciente durante el procedimiento y mantener una comunicación empática para asegurar su bienestar.
- Contribuir en el mantenimiento del área de hemodiálisis, asegurando la limpieza y el correcto funcionamiento de los equipos y materiales utilizados.

Por lo tanto, el TCAE desempeña un papel fundamental en el área de la hemodiálisis, colaborando estrechamente con el equipo sanitario del centro hospitalario o centro de salud para brindar cuidados y atención de calidad a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

## 5 Discusión-Conclusión

En el área de la hemodiálisis el TCAE desempeña una función fundamental al trabajar estrechamente con el equipo de salud para brindar cuidados y atención de calidad a los pacientes con insuficiencia renal crónica. Sus responsabilidades, que incluyen la preparación del paciente, la colaboración en la instalación y desconexión, la monitorización de signos vitales y el apoyo emocional, son esenciales para garantizar un tratamiento exitoso y seguro.
Es de vital importancia transmitir al paciente que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis la importancia de mantener hábitos higiénicos específicos que

contribuyan a la calidad del tratamiento. La labor del TCAE en hemodiálisis contribuye significativamente al bienestar y cuidado integral de los pacientes en esta área médica.

## 6 Bibliografía

1. López, P., Rodríguez, M., & González, R. (2020). Funciones del TCAE en el área de hemodiálisis. Revista de Enfermería Nefrológica, 5(2), 87-96.
2. Martínez, E., & Sánchez, L. (2021). El TCAE en el servicio de hemodiálisis. En M. Pérez & N. Gómez (Eds.), Avances en Cuidados de Enfermería (pp. 123-137). Editorial Científica.
3. Gómez, M. (2022). Hemodiálisis: Cuidados y procedimientos para el TCAE. Editorial Médica Panamericana.

## Capítulo 165

# EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE INGRESADO POR EL APARATO DIGESTIVO

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

KAREN FABIOLA TORRES

## 1 Introducción

El objetivo de la digestión es transformar los alimentos mediante una reacción físico-química, descomponiéndolos en formas simples que son rápidamente absorbidas por la sangre y pueden ser utilizadas por diversos tejidos del cuerpo según sus necesidades. La ingestión es el primer paso en la preparación de los alimentos para su absorción. Los alimentos reducen su tamaño durante la masticación al ser desgarrados, cortados y aplastados por los dientes. Estas partículas de alimento más pequeñas luego se mezclan con la saliva (insalivación), que las lubrica y las disuelve para formar el bolo, que luego se traga y viaja a la faringe y luego al esófago. Hay varias etapas en el proceso de deglución:

-Fase I (voluntaria): la lengua dirige el bolo alimenticio hacia la faringe y el esófago, bloqueando las fosas nasales y cerrando la laringofaringe con la epiglotis. Luego, el bolo alimenticio se desliza detrás de la epiglotis y entra en la faringe.
-Fases II y III (involuntarias): Hasta que el bolo llega al estómago, es impulsado por los movimientos peristálticos esofágicos y las contracciones reflejas de la faringe. Existen una serie de patologías que se desarrollan si el sistema digestivo no realiza correctamente todo este proceso, que mencionaremos más adelante.

## 2 Objetivos

- Informar sobre el papel que desempeñan los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería en el tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Debido a las muchas dificultades con el sistema digestivo, existen varios métodos de aparatos para simplificar y mejorar enormemente la comodidad de la vida de estos pacientes.
Las cavidades del sistema digestivo pueden comunicarse con el mundo exterior gracias al sondeo. Existen varios diseños de sondas, incluida la nasogástrica, implantación naso-entérica, rectal y quirúrgica.
Los enemas se administran inyectando una solución en el recto o en la parte inferior del colon. Mediante métodos naturales o artificiales se extrae o escurre el contenido. Los enemas de evacuación, limpieza y retención son las tres variedades principales disponibles.
-Ostomía: procedimiento o intervención quirúrgica que crea un estoma en la superficie de la piel para ayudar en la eliminación del contenido intestinal. Faringotomía, esofagostomía, yeyunostomía, cistostomía, etc. son términos utilizados

para describir el estoma, dependiendo de en qué parte del cuerpo se encuentre anatómicamente. La colostomía ascendente y la gastrostomía son las dos ostomías más típicas del sistema digestivo transversal, descendente, sigmoidea e ileostomía.
Estos procedimientos generalmente tienen dos objetivos: introducir nutrientes, agua, medicamentos (debidamente preparados) y drenaje de agua normal o contenidos patológicos. Su finalidad principal es terapéutica, pero también se pueden utilizar para realizar un diagnóstico (aspirando el estómago para realizar un estudio). Por esta razón, en ocasiones se los considera drenajes o cateterismos.
Utilizando diversos catéteres o sondas, o a través de las conexiones que estos hacen con el exterior y el interior del cuerpo. La estomatitis y la faringitis son dos patologías que pueden desarrollarse en el tracto gastrointestinal.
Divertículos, venas varicosas esofágicas, amigdalitis, gastritis, úlcera péptica, carcinoma gástrico, apendicitis, colitis ulcerosa, colon irritable, diverticulosis, carcinoma intestinal, hepatitis, cirrosis hepática, colecistitis, cálculos biliares, pancreatitis y peritonitis son algunas de las afecciones que pueden afectar a las personas.

## 5 Discusión-Conclusión

La responsabilidad del técnico en cuidados auxiliar de enfermería es asegurarse de que todos los cateterismos y enemas se administren correctamente y reportar cualquier obstrucción a las autoridades correspondientes tan pronto como se descubra, según el Licenciado en Enfermería (DUE) o el médico digestivo correspondiente; preparación previa del paciente (física y psicológicamente), la colección de muestra, una adecuada conservación al realizar las pruebas y nuestro nivel de competencia, la preparación del material antes del ensayo y su posterior recogida, limpieza y esterilización de todo el material utilizado y trabajar lo más estrechamente posible con la enfermería y demás personal sanitario y no sanitario.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 166

# LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

KAREN FABIOLA TORRES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

## 1 Introducción

La producción de material estéril para uso clínico se realiza en una unidad denominada centro de esterilización. El establecimiento de reglas y estándares, las prácticas clínicas y de enfermería y los avances tecnológicos han experimentado cambios significativos a lo largo del tiempo.
El funcionamiento, ubicación y configuración de la unidad central de esterilización son reflejo del modelo utilizado en la producción de material estéril y su adaptación a las circunstancias e importancia del proceso de esterilización.
Inicialmente, la UCE se consideró una unidad de atención separada porque estaba situada al lado del bloque quirúrgico, tenía una conexión directa con él y atendía principalmente la demanda del bloque quirúrgico.

La necesidad de suministros esterilizados de diversos centros de salud cambió esta circunstancia.
Actualmente, la unidad está ubicada en una ubicación central y, en raras ocasiones, incluso fuera del hospital, y presta servicios a un grupo de hospitales. Se ha convertido así en la esterilización de instrumentos quirúrgicos.
Dicho esto, se puede decir que la responsabilidad principal del Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización es limpiar, desinfectar y esterilizar cualquier tipo de material recibido, independientemente de su procedencia.
Para evitar la propagación potencialmente dañina e innecesaria de infecciones bacterianas relacionadas con el uso de dicho material, es importante inspeccionar minuciosamente los materiales en su punto de origen (quirófanos, urgencias, plantas, etc.) para detectar la presencia de agentes patógenos.

## 2 Objetivos

- Describir los atributos principales del área de esterilización del hospital y sus técnicas de esterilización por el 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

Están disponibles las siguientes técnicas para esterilizar el material por el TCAE:
1-Térmicas.
-El calor seco en forma de aire caliente, como el producido por una estufa Poupinel, mata los microorganismos al provocar la coagulación de las proteínas; La eficacia de este calor depende de la difusión. Funciona bien con líquidos no acuosos como aceites, siliconas y vaselina debido a la cantidad e intensidad del calor.
-El vapor, como en un autoclave, se produce mediante calor húmedo.

-La radiación física como las microondas se clasifica como radiación no ionizante.
-Las radiaciones ionizantes, como los rayos beta y gamma, se utilizan en la industria y están destinadas a un solo uso.
2-Productos químicos:
-Formaldehído gaseoso, solución activada de glutaraldehído líquido, ozono gaseoso, óxido de etileno gaseoso (material termosensible), peróxido de hidrógeno gaseoso (plasma) y ozono.
3-La autoclave es:
El proceso utilizado es la esterilización por humedad en calor. Las proteínas de las células de los microorganismos infecciosos se modifican mediante el uso de vapor saturado bajo presión.
Al igual que una olla a presión, el autoclave es un recipiente hermético.
Consta de una cámara de esterilización con cerradura y un manómetro para controlar la presión y temperatura del interior. Se puede utilizar una llave de purga para eliminar el aire que aún pueda estar presente en la cámara.
La presión deseada se alcanza después de que el vapor ingresa a la cámara de esterilización.
Cuando este vapor entra en contacto con materiales fríos, se condensa. La condensación del vapor libera calor al mismo tiempo que humedece y calienta la sustancia.
Usando una llave de purga, es necesario eliminar todo el aire y otros gases no condensables de la cámara. Cuando todo está en orden, una sábana de algodón con un diseño impreso llamado prueba de Bowie-Dick que verifica que no hay aire en su interior cambiará de color a lo largo del ciclo.
5-Control químico: Estos dispositivos se denominan indicadores colorimétricos. Están formados por tiras que se colocan dentro del paquete y tienen franjas de colores hechas de sales metálicas que cambian de color cuando se alcanza la temperatura.

## 5 Discusión-Conclusión

Por todo lo anterior, el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería debe entender que el servicio de esterilización es el “pulmón” del hospital, y que si él no funciona correctamente, nada más lo hará tampoco.
Dado que de ello dependerá en gran medida la aparición de infecciones ligadas al uso de equipos de quirófano o cualquier material susceptible, es necesario e imprescindible que el personal del servicio de esterilización cuente con los

conocimientos necesarios para realizar su trabajo de forma responsable. Ser estéril. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es el actor clave en esta cadena de prevención, ya que asegura y garantiza la esterilización completa y precisa de todo el material que recibe para su empleo en quirófano. En resumen, esta cadena de prevención incluye principalmente a todo el personal médico que tiene contacto directo con el quirófano.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 167

# EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE DE UN PACIENTE INCONSCIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ALEJANDRO OLIVER SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN FLORES CORCOLES

BELÉN COSTA MARTÍNEZ

KAREN FABIOLA TORRES

JESUS ANGEL SÁEZ COTILLAS

## 1 Introducción

La higiene es una de las funciones que debe conocer el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Esto se puede lograr con cierta asistencia, permitiendo al paciente mantener cierto grado de autonomía, o se puede hacer con un paciente postrado en cama y incapaz de cuidar de su propia higiene.
Numerosas patologías y diferentes servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos, etc. pueden ser el origen de este encamado.
Por lo tanto, hemos concentrado nuestra revisión en los pacientes encamados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El protocolo nos indica cómo realizar una higiene adecuada en el orden correcto.

La higiene del paciente en UCI estará a cargo del equipo de salud, TCAE, enfermería y guardias. Antes de comenzar con la limpieza se realizará un rápido repaso asegurando una temperatura adecuada y la adecuada preparación de los diferentes tipos de materiales que necesitaremos.
Un paciente en la UCI se encuentra en estado crítico. Podría estar usando un respirador o hay bombas de infusión. Dado que la movilidad de estos pacientes es diferente a la de un paciente encamado, cada miembro del equipo debe ser consciente de dónde debe ubicarse.
Además de realizar esta limpieza, nuestro objetivo con la misma es mejorar el estado físico y mental del paciente.

## 2 Objetivos

- Describir cómo limpiar a un paciente de la UCI en estado crítico y examinar los efectos potenciales de estas movilizaciones en el proceso de limpieza.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El paciente debe ser movilizado según su patología, por lo que el orden de los sanitarios es crucial en este escenario.
- Preparar todos los útiles de limpieza, incluido un barreño con agua tibia, toallas, guantes, esponjas, crema humectante, etc.
- Se explicará el procedimiento al paciente si está consciente y no utiliza respiración artificial.
- La enfermera debe posicionarse en la cabecera de la cama para supervisar todos los movimientos y sujetar el tubo del respirador, equipo de vía central, etc. si el paciente está utilizando respirador.
- El cuidado comienza por el rostro. Desde el conducto lagrimal hacia afuera, se utilizará una gasa limpia para limpiar el área de los ojos. Posteriormente se

cubrirá la boca, la nariz y la cara.
- La axila, que es donde pueden aparecer la mayoría de las células muertas por el sudor, se limpiará en último lugar en el mismo orden que el tórax.
- Limpiaremos las piernas y los pies a medida que descendemos.
- El paciente será colocado en decúbito lateral una vez que hayamos terminado el baño en el área supina.
- La espalda y las piernas son limpiadas en último lugar. Una vez finalizado el aseo se procederá al cambio de sábanas del paciente aprovechando que están de lado.
- Si la saturación del paciente baja mientras estamos limpiando, el respirador, si lo hay, empezará a sonar una alarma y tendremos que parar. El aseo debe realizarse de forma correcta pero rápida y precisa porque podría empezar a convulsionar o no tolerar ningún movimiento. En caso de que se requiera alguna improvisación durante el proceso de higiene, será necesario tener cerca el carro de parada.
- Nunca debemos dejar a un paciente desnudo, siempre hay que mantenerlos tapados con sábanas mientras se limpia.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE puede evaluar la piel, los ojos y cualquier anomalía que se pueda notar del paciente mientras usa el baño. Como un paciente crítico es un paciente grave, este tipo de limpieza debe ser realizada por profesionales médicos que lo hayan hecho antes porque, ante una complicación, deben actuar con rapidez y no quedarse a oscuras sobre qué hacer. Para que la limpieza sea más sencilla y rápida, el equipo debe unirse para evitar que las personas trabajen solas. El orden de higiene será el mismo para el paciente crítico de la UCI, que está menos sedado, con la ventaja de que el paciente podrá colaborar ocasionalmente.

## 6 Bibliografía

1. https:// medlineplus.gov/ spanish/ encyclopedia.html Libro de Oposiciones TCAE. Editorial Mad.

## Capítulo 168

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A UN PACIENTE CON SEPSIS

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

ALBA GARCÍA RODENAS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

## 1 Introducción

Un cuadro clínico de sepsis es una respuesta descontrolada, extrema y abrumadora del cuerpo ante una infección, la cual puede llegar a suponer la muerte del paciente, por tanto la actuación médica debe ser rápida y coordinada con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios para que que se de una asistencia de emergencia y eficaz, ya que está en juego la vida del paciente y las posibles secuelas que puedan quedar.
Esta afección médica grave tiene su causa en una infección bacteriana, pero tambien otro tipo pueden desencadenarla, teniendo en lugar en distintas partes del cuerpo como: la vejiga, riñones, pulmones o estómago. Es posible que la sepsis

comience con un pequeño corte que se infecta o con una infección que se desarrolla después de una operación. A veces, la sepsis puede ocurrir en personas que ni siquiera sabían que tenían una infección.
En este contexto, el papel del TCAE, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, desempeña un rol crucial en el equipo de profesionales que integra el sistema de salud, actuando como el puente entre el enfermo y la asistencia sanitaria, en la que la profesionalidad y la experiencia sirven de base en la detección temprana, el seguimiento continuo y la implementación efectiva de las intervenciones terapéuticas. Ésto es debido a que su función principal es la de vigilar meticulosamente los signos vitales y la consecución de protocolos específicos

## 2 Objetivos

- Explicar el papel que desempeña el TCAE a la hora de tratar a un paciente con un cuadro de sepsis.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la función del TCAE ante los cuidados a un paciente diagnosticado con un cuadro de sepsis y todos los cuidados a tener en cuenta, 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

Cualquier persona podría tener una infección que derivara en una sepsis, pero podemos decir que los siguientes segmentos de población tendrían más riesgo:
1/ Mujeres embarazadas y menores de una año.
2/ Personas cuyo sistema inmune se encuentre comprometido.
3/ Mayores de 65 años.
4/ Pacientes con enfermedades cronicas como : las renales, las pulmonares, cáncer, diabetes, etc.

Los sintomas que suele presentar el paciente van desde: piel húmeda o sudorosa, dificultad para respirar, dolor o molestias excesiva, frecuencia cardíaca y la res-

piración muy rápida, confusion o desorientación, fiebre, sensación de mucho frio, etc.
El TCAE, tendrá una serie de funciones a la hora de tratar con este tipo de pacientes:
1/ Detección temprana de signos de sepsis: ya que el TCAE como está en continuo contacto con el paciente, realizándole los cuidados básicos y vigilando los signos vitales, será el primero que puede encontrar hallazgos de que se está generando una sepsis, para así alertar al resto de personal sanitario para intervenir rapidamente. Su habilidad para brindar cuidados especializados contribuye a la estabilidad del paciente y a la reducción de complicaciones asociadas a la sepsis.
2/ Monitorización: debe de controlar exhaustivamente las constantes vitales: la temperatura corporal, la frecuencia respiratoria, la cardíaca, la saturación de oxígeno y la tensión arterial. Tambien vigilan el volumen de los líquidos y la administraticón de la medicación pautada por el facultativo.
3/ Soporte emocional tanto al enfermo como a los familiares: y es que el TCAE al encontrarse en primera linea de atención al paciente, al final será un apoyo emocional al paciente que se encontrará dolorido, asustado, desorientado, etc por lo que podrá escucharlo y animarlo o tranquilizarlo, al igual que a los familiares o acompañantes, de manera gracias a su carácter empático y a su comprensión de la situación por la que están pasando, se reduzca la ansiedad y los miedos, para crear un ambiente más favorable para que se produzca la recuperación más rápidamente.
4/ Colaboración con el resto de los compañeros: ya que su carácter colaborador tanto con personal sanitario y no sanitario, darán lugar a una efectividad en la asistencia sanitaria integral al paciente, con una coordinación que permitirá unos resultados más satisfactorios que si cada profesional actuara por su cuenta.
5/ Formación continua: es necesario que se produzca una formación y actualización constante de competencias de conocimientos.

## 5 Discusión-Conclusión

La sepsis es una condición médica compleja y potencialmente mortal, en la que hay que actuar rápidamente ante una respuesta exagerada del organismo del paciente ante una infección, generalmente causada por una bacteria, pero tambien por otro tipo de virus. Los síntomas son dificultad para respirar, escalofríos, frecuencia cardíaca y respiratoria muy rápidas, sudor, etc, y si no se trata a tiempo podrían quedar secuelas o provocar incluso la muerte del paciente.

En este contexto, el papel del TCAE destaca como un pilar fundamental en el cuidado de personas afectadas por éste cuadro clínico, ya que actuará como un elemento de detección temprana de los signos de sepsis, debido a su vigilancia continuada de los signos vitales y los cuidados básicos que le realiza al paciente. También, gracias a su cercanía con el paciente, dará apoyo emocional al paciente y a los familiares, favoreciendo así un ambiente que permita la rápida recuperación.

## 6 Bibliografía

1. Tecnicos en Cuidados de Enfermeria. Editorial Mad.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo :TCAE, sepsis, infección grave, causas de la sepsis.
3. Sepsis: MedlinePlus en español.
4. Septicemia - Síntomas y causas - Mayo Clinic.

## Capítulo 169

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO Y LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

ALBA GARCÍA RODENAS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

## 1 Introducción

El quirófano es aquella sala que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo necesiten y que así lo hayan decidido desde las consultas de atención especializada o directamente cuando son atendidos debido a su gravedad por los servicios de urgencias. Debido a lo que implica una intervención quirúrgica para la salud del paciente, y los riesgos de que pueda contraer una infección, es fundamental que se sigan las normas de asepsia, limpieza, desinfección y esterilización, ya que podría perjudicar gravemente la salud del paciente, e incluso podría suponer su fallecimiento.

Las infecciones que se pueden contraer en el entorno sanitario, las llamamos nosocomiales. Por eso otra de las normas a seguir es que el acceso de personas sea mínimo, es decir, solamente las que vayan a practicar o realizar sus funciones laborales en la sala, diferenciando las salas que tienen acceso restringido, de transición y no restringido, según el tipo de esterilidad que se mantenga en cada una de ellas.

Una parte fundamental y de mucha ayuda es la figura del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, ya que se encargará de la preparación de todo el material y elementos que se va a emplear antes, durante y después de la cirugía, se coordinará con el personal médica y de enfermería en aquellas labores para las que le necesiten, ayudarán al pacientes a vestirse o desvestirse si lo necesitaran, así como a posicionarse en la mesa de operaciones ayudando al celador, etc. Pero también realizará unas funciones importantes relativas a la limpieza, desinfección y esterilización de todo el instrumental, para evitar infecciones y la contaminación cruzada.

## 2 Objetivos

- Exponer las funciones del TCAE en la unidad de quirófano y la importancia de la limpieza para prevenir infecciones.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe relativa a la labor del TCAE en el quirófano y la importancia de la prevención de infecciones, 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

Un quirófano debe ser un espacio cerrado donde la limpieza y desinfección debe ser el pilar fundamental en el que trabajar a la hora de intervenir a un paciente y que no haya riesgos de que contraiga una infección, para ello se restringe el acceso de personas a distintas áreas, de emplean materiales en su construcción de manera que sean fáciles de limpiar y desinfectar, realizando exhaustivas

limpiezas tras cada operación para dejar todo limpio para la siguiente, gestionando adecuadamente los residuos en bolsas y contenedores adecuados, así como los utensilios empleados y la ropa o textil utilizados, etc.

En el proceso quirúrgico el TCAE tiene un papel fundamental y unas labores que realizar:

- Lo primero será lavarse las manos y ponerse guantes desechables.
- Recepción del paciente identificándolo viendo que la pulsera identificativa o pegatina concuerda con su nombre y apellidos. Se le indicará que se quite cualquier joya o elemento metálico, esmalte de uñas, gafas, etc.
- Preparación del material como: bateas, cánulas, gasas, apósitos… Por lo que es función del TCAE conocer todos los instrumentos y proporcionar ayuda al personal de enfermería, médicos u otros técnicos.
- Según en qué zona sea la operación, habrá que higienizarla y rasurarla, indicándole lo que se va a realizar y tranquilizándole si estuviera nervioso.
- Comprobará que funcionan adecuadamente los calientasueros, calientasangres y otros dispositivos.
- Atención a las necesidades del material que se les solicite durante la intervención.
- Etiquetar los recipientes donde se encuentren las muestras y llamar a un celador para que se lo lleve a anatomía patológica.
- Revisar las distintas fechas de caducidad de los productos y materiales.
- Mantenimiento, orden y limpieza del área de trabajo.
- Lavado quirúrgico del instrumental: es función del TCAE mantener siempre a punto las instalaciones e instrumental para este lavado para eliminar microbios y otros patógenos
- Ocuparse de los sondajes del paciente, como vaciar la sonda, ver que no le produce molestias al paciente, revisarla para evitar obstrucciones, no elevarla por encima de la vejiga en el caso de las sondas vesicales, etc.
- Monitorización del paciente: el TCAE deberá estar atento de los parámetros de las constantes vitales como el pulso, el estado respiratorio, la tensión arterial y la temperatura.

## 5 Discusión-Conclusión

En el proceso quirúrgico, es fundamental el correcto lavado, secado y esterilización del material y utensilios empleados con un paciente, para que pueda estár

en condiciones óptimas para su utilización con el siguiente, evitando así las infecciones nosocomiales o la contaminación cruzada. El instrumental debe ser lavado tan pronto como sea posible después de la cirugía, para ello el TCAE que recoge el quirófano debe de enviar de forma inmediata el instrumental quirúrgico sucio al servicio de esterilización para su limpieza, desinfección y esterilización.
En todo este proceso, el TCAE también colaborará con el resto de personal profesional para que la intervención se desarrolle fluida y sin incidencias, para ello deberá de tener todo el material que se va a necesitar preparado y correctamente desinfectado, vigilando que los dispositivos funcionan correctamente. Además ayudará al paciente en lo que se precise, intentando tranquilizarlo si estuviera nervioso ante la intervención.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 170

# HABILIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LOS RETOS DEL SISTEMA SANITARIO

MARIA IGNACIA MARECOS SPAINI

ALBA GARCÍA RODENAS

ROSARIO PÉREZ ESPADA

MARTA ESCRIBANO BLEDA

SARA IBAÑEZ PÉREZ

## 1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional del ámbito sanitario cuyas funciones se centran generalmente en cuidar y prestar atención asistencial, sanitaria y básica a los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias, en las salas de atención primaria, en centros de ancianos, o incluso en los propios domicilios, siempre bajo la supervisión de un equipo de enfermería o de un equipo de salud. Sus cuidados van encaminado a ofrecer comodidad y bienestar físico pero también psicológico o emocional al paciente, pero también a sus familiares, ya que a veces existen situaciones complicadas de salud, en las que se ven caras de desorientación, dolor, frustración, miedo, etc.

También se encargan del buen funcionamiento del centro, de vigilar que se mantenga el silencio de las distintas estancias, y que todo se encuentra en orden y en perfecto estado de limpieza, comunicando a sus superiores o supervisores cualquier incidencia que observen. Además siempre colaborarán con el equipo de enfermería o médico en las labores o especialidades donde se encuentren destinados. Siempre con un gesto amable, colaborador, empático y resolutivo, para ofrecer la mejor versión de si mismo en su calidad de trabajador del sistema sanitario.
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, como por ejemplo el tema de la carga de trabajo y el estrés, los retos emocionales y éticos a los que a veces hacen frente, el rol dentro de un equipo de médicos y de personal de enfermería, las condiciones laborales, etc.

## 2 Objetivos

- Identificar las principales habilidades que debe de tener el TCAE a la hora de trabajar en el ámbito sanitario, así como las dificultades y retos a los que debe de enfrentarse.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a las habilidades del TCAE y los principales retos a los que se enfrenta, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El trabajo del TCAE es sin duda, vocacional, ya que se encargan también de ofrecer cuidados básicos de higiene personal y de alimentación, movilización de enfermos, etc., por lo tanto su carácter deberá ser paciente, mostrar tacto y cuidado a la hora de comunicarse con trabajadores, pacientes y familiares, tener sensibilidad ante las distintas situaciones, siempre velando por respetar la dignidad

de los paciente, así como tener facilidad para realizar tareas delicadas del aseo personal.
Es un trabajo gratificante, en la que el trabajador se siente útil aunque no sea médico, cirujano o enfermero, pero aporta su granito de arena para ofrecer unas garantías y cuidados asistenciales al enfermo, aportando el mayor confort posible dentro de los cuadros clínicos que puede presentar el paciente. Pero también es un trabajo que puede suponer algunos desafíos en cuanto a las largas horas de trabajo, a la carga de unos servicios con respecto a otros, por vivir momentos de estrés, por atender a personas con unas patologías muy complejas, por empatizar con situaciones tristes, injustas y desagradables, además de soportar la escasez de personal que suele haber y el colapso de los servicios de urgencias y salas de consulta, etc.
Además es un trabajo que se requiere esfuerzo físico, ya que tendrán que colaborar con el celador en la movilización de pacientes que no puedan hacerlo por sí mismo, permanecer muchas horas de pie, trabajar fines de semana, noches o días festivos, lo cual repercutirá en su calidad del sueño, en la conciliación profesional y familiar, etc.
La formación es otro desafío a tratar, ya que a veces suele resultan insuficiente en términos de contenidos y horas de práctica clínica, a la vez que desactualizados, lo cual repercutiría en su resolución a la hora de afrontar situaciones difíciles.
Dentro del equipo de profesionales con los que colabora nos encontramos con médicos y personal de enfermería, los cuales a veces les cuesta reconocer y valorar dentro de su rol, por lo que todos tendrán que saber qué funciones pueden hacer y cuales no y no exigir al TCAE algo para lo que no tiene competencias legales.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE es un profesional con una vocación total por su trabajo, ya que siempre velará para que el paciente encuentre aquella asistencia sanitaria que necesita, con unos cuidados básicos de higiene y aseo si no pudiera realizarlos por sí mismo, así como si necesitara ayuda para movilizarse, cambiar de postura o en las horas de la alimentación. Siempre atenderá con una actitud amable, familiar, y mostrando respeto y dignidad para el paciente y sus familiares. Su labor es gratificante y suele estar bien valorado por la población.
Sin embargo a veces debe de enfrentarse a unos retos o desafíos que plantea el sistema sanitario como es la falta de personal y la saturación de los centros hospitalarios y de las consultas, el estrés laboral, las largas horas que debe de

permanecer de pie, la falta de formación actualizada y especializada, la poca valoración del rol del TCAE que a veces puede surgir entre otras categorías sanitarias y no sanitarias, etc.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/category/tcae/.
2. https://www.formacionalcala.com/articulos/164/uso-y-los-desafios-de-lainteligencia-artificial-en-la-enfermeria.

## Capítulo 171

# PAPEL DEL TÉCNICO AUXILAR EN CUIDADOS DE ENFEMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL ANCIANO CON DEMENCIA

OSCAR ORTEGA PINEDO

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

## 1 Introducción

La demencia es una enfermedad progresiva que afecta a la cognición y la capacidad funcional de las personas mayores, y su cuidado integral es esencial para mantener su calidad de vida.
En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una importancia crucial. Los TCAE son profesionales de la salud que desempeñan un rol fundamental en la atención y el bienestar de los ancianos con demencia, ya que trabajan en estrecha colaboración con el equipo de atención médica y enfermería.

La demencia presenta desafíos específicos, como la confusión, la agitación y la dificultad para comunicarse, lo que requiere un enfoque especializado y comprensivo.
Los TCAE desempeñan un papel esencial al proporcionar apoyo emocional a los pacientes, fomentando un ambiente seguro y tranquilo, y facilitando la comunicación con ellos.
Además, están capacitados para ayudar con las actividades de la vida diaria, como la alimentación, la higiene personal y la movilidad, lo que contribuye a mantener la autonomía de los mayores en la medida de lo posible.
Este trabajo introductorio explorará en detalle el valioso papel que desempeñan los TCAE en el cuidado del anciano con demencia. Examinaremos cómo su formación, experiencia y empatía son cruciales para abordar las necesidades físicas, emocionales y sociales de estos pacientes, mejorando así su calidad de vida y brindando apoyo a sus familias y cuidadores.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del TCAE en el manejo del paciente con demencia.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) juega un papel fundamental en la atención y cuidado de los ancianos que padecen demencia. A continuación, se describen algunas de las responsabilidades y el papel del TCAE en el cuidado de ancianos con demencia:

-Apoyo en las actividades de la vida diaria (AVD): Los TCAE ayudan a los pacientes con demencia en la realización de actividades básicas como la alimentación, el aseo personal, la movilidad y el vestido. Es esencial adaptar estas

actividades a las necesidades específicas de cada paciente y mantener un enfoque paciente y compasivo.

-Vigilancia y seguimiento: Los TCAE pueden observar de cerca a los pacientes con demencia para detectar cualquier cambio en su estado de salud o comportamiento. Esto incluye controlar signos vitales, como la temperatura y la presión arterial, y comunicar cualquier cambio al personal de enfermería o al médico responsable.

-Administración de medicamentos: En muchos casos, los pacientes con demencia necesitan medicamentos para controlar sus síntomas, como la agitación, la ansiedad o la depresión. Los TCAE pueden ser responsables de administrar estos medicamentos de acuerdo con las indicaciones del médico y bajo supervisión.

-Apoyo emocional: La demencia puede ser angustiante tanto para el paciente como para sus familiares. Los TCAE pueden proporcionar apoyo emocional a los pacientes, ofreciendo compañía, escucha activa y un trato amable. También pueden ayudar a los familiares a comprender mejor la enfermedad y desarrollar estrategias para lidiar con los cambios de comportamiento.

-Estimulación cognitiva: La estimulación cognitiva puede ayudar a mantener las habilidades cognitivas y la calidad de vida de los pacientes con demencia. Los TCAE pueden participar en actividades que estimulan la memoria, la atención y el pensamiento lógico, como rompecabezas, juegos de memoria y conversaciones significativas.

-Seguridad y prevención de caídas: Los pacientes con demencia tienen un mayor riesgo de caídas y lesiones. Los TCAE pueden colaborar en la creación de un entorno seguro, identificando y eliminando posibles peligros, y ayudando en la movilización y el traslado de los pacientes de manera segura.

-Comunicación efectiva: La comunicación con pacientes con demencia puede ser desafiante debido a los cambios en el lenguaje y la capacidad de comprensión. Los TCAE deben aprender a comunicarse de manera clara, calmada y comprensiva, utilizando gestos, expresiones faciales y tono de voz adecuados.

-Trabajo en equipo: Los TCAE colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como enfermeras y terapeutas, para proporcionar una atención integral a los pacientes con demencia. La comunicación y la coordinación son claves para garantizar un cuidado eficaz y seguro.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el cuidado de ancianos con demencia. Su labor incluye asistir en las actividades diarias, administrar medicamentos, observar los signos vitales y proporcionar apoyo emocional. Contribuyen a mantener la independencia de los pacientes, prevenir complicaciones de salud y promover la comunicación. Trabajan en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario de geriátrica, garantizando una atención de alta calidad y mejorando la calidad de vida de quienes enfrentan esta enfermedad progresiva.
Su compromiso y dedicación son esenciales para brindar un cuidado completo y compasivo a los ancianos con demencia.

## 6 Bibliografía

1.https://revistamedica.com/cuidados-basicos-tcae-alzheimer/
https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-para-paciente-con-demencia-en-fase-inicial/?utm_content=cmp-true
https://on-enfermeria.com/wp-content/uploads/2019/12/GERIATRIA-TCAE-FRAGMENTO.pdf
https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO25078/conde-cuidados-01.pdf.
2.https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alhzeimer_Octubre_2019.pdf.

## Capítulo 172

# PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL ANCIANO CON DEMENCIA.

TERESA CARBONERAS NAVALON

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

## 1 Introducción

La alimentación de los ancianos con demencia es un tema de gran importancia debido a los desafíos únicos que enfrentan tanto los pacientes como sus cuidadores. La demencia, que incluye enfermedades como la enfermedad de Alzheimer, puede afectar significativamente la capacidad de una persona para comer de manera adecuada y mantener una nutrición adecuada. En este contexto, el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desempeña un papel crucial.

Los ancianos con demencia a menudo experimentan cambios en sus patrones de alimentación, lo que puede llevar a la malnutrición y otros problemas de salud.

Los TCAE son profesionales de la salud que trabajan estrechamente con enfermeros y médicos para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. En el caso de los ancianos con demencia, desempeñan un papel esencial en la supervisión de la ingesta de alimentos, asegurando que se cumplan las restricciones dietéticas y ayudando en la alimentación cuando sea necesario.

Además, los TCAE pueden contribuir a la comodidad del paciente durante las comidas, lo que puede ser especialmente importante en el caso de los ancianos con demencia, ya que pueden experimentar confusión y ansiedad en torno a la comida. Proporcionar un entorno tranquilo y apoyo emocional puede mejorar la experiencia de comer para estos pacientes.

En resumen, el papel del TCAE en la alimentación del anciano con demencia es vital para garantizar que reciban una nutrición adecuada, prevenir complicaciones de salud y mejorar su calidad de vida. Su cuidado y atención son componentes esenciales en el abordaje integral de la demencia en la población anciana.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en la alimentación del anciano con demencia.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en la alimentación de un anciano con demencia es aún más crucial debido a los desafíos específicos que esta condición puede presentar. Algunas de las responsabilidades adicionales que puede tener un TCAE en este contexto incluyen:

- Paciencia y empatía: Los ancianos con demencia pueden tener dificultades para

comunicar sus necesidades o preferencias alimentarias. Un TCAE debe ser paciente y comprensivo, adaptándose a las necesidades individuales y mostrando empatía.
- Supervisión constante: La demencia puede afectar la capacidad de un paciente para comer de manera segura. El TCAE debe estar atento a posibles problemas de seguridad, como el riesgo de atragantamiento, y tomar medidas para prevenirlos.
- Adaptación de la dieta: Trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y el nutricionista para ajustar la dieta del paciente según sus necesidades específicas, considerando cualquier problema de deglución, alergias o preferencias alimentarias.
- Fomento de la ingesta: Estimular y fomentar la ingesta de alimentos, ya que los pacientes con demencia pueden olvidar, comer o rechazar la comida. Esto puede implicar ofrecer comidas más pequeñas y frecuentes o alimentos preferidos por el paciente.
- Comunicación con la familia: Mantener una comunicación regular con la familia del paciente para obtener información sobre las preferencias alimentarias y cualquier cambio en el comportamiento alimentario del anciano.
- Registro detallado: Llevar un registro minucioso de la ingesta de alimentos y líquidos, así como de cualquier cambio en el apetito o patrones de alimentación, para compartir esta información con el equipo de atención médica.

El TCAE desempeña un papel esencial en la alimentación de ancianos con demencia, brindando cuidado y apoyo personalizado para garantizar que reciban la nutrición adecuada y estén seguros durante las comidas, todo mientras se enfoca en preservar su dignidad y calidad de vida.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel crucial en la alimentación de ancianos con demencia. Su labor implica paciencia, empatía y adaptación a las necesidades individuales. Deben supervisar constantemente la seguridad durante las comidas, adaptar la dieta según las necesidades específicas del paciente y estimular la ingesta de alimentos. La comunicación con la familia y el registro detallado de la ingesta son esenciales. En este contexto, el TCAE busca garantizar que los pacientes con demencia reciban la nutrición adecuada, manteniendo su dignidad y calidad de vida, a pesar de los desafíos que esta condición pueda presentar.
Su trabajo contribuye significativamente al bienestar y la calidad de vida de las personas mayores con demencia.

# 6 Bibliografía

1. https://atencionmayores.org/cuidados-enfermeria-personas-mayores-demencia/.
2. https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/tcae-alimentacion-paciente-deterioro-cog
nitivo/.
3. https://revistamedica.com/cuidados-basicos-tcae-alzheimer/amp/.
4. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-una-alimentacion-especial-en-
el-anciano/.

## Capítulo 173

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

TERESA CARBONERAS NAVALON

OSCAR ORTEGA PINEDO

## 1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento efectivo de los servicios de esterilización en entornos de atención médica. Estos profesionales tienen la responsabilidad crucial de garantizar que todos los instrumentos y equipos utilizados en procedimientos médicos estén libres de microorganismos patógenos, lo que es esencial para la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Los TCAE se involucran en diversas actividades relacionadas con la esterilización, incluida la preparación cuidadosa del material médico y quirúrgico para su procesamiento. Esto implica el etiquetado y embalaje adecuado de instrumentos, así como la limpieza inicial para eliminar cualquier contaminación visible. Además,

operan equipos de esterilización avanzada, como autoclaves y esterilizadores químicos, siguiendo protocolos rigurosos y garantizando que se cumplen todas las regulaciones y estándares de calidad.

El control de calidad es una parte esencial de su trabajo, donde verifican constantemente la eficacia de los procesos de esterilización, y mantienen registros detallados para garantizar la trazabilidad y el cumplimiento normativo. Además, son responsables de la distribución y almacenamiento adecuados de los instrumentos esterilizados.

Los TCAE son pilares clave en la prevención de infecciones nosocomiales y en el mantenimiento de la seguridad de los pacientes, asegurando que los instrumentos y equipos utilizados en la atención médica estén en condiciones óptimas y libres de riesgos microbiológicos. Su contribución al servicio de esterilización es invaluable para la atención médica de calidad.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la funciones del TCAE en el servicio de esterilización.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El personal de TCAE desempeña un papel crucial en el funcionamiento de los servicios de salud, incluidos los servicios de esterilización. Aquí te proporciono información sobre el papel de un TCAE en el servicio de esterilización:

-Preparación de material esterilizado: Los TCAE pueden estar involucrados en la preparación de material médico y quirúrgico esterilizado. Esto incluye empaquetar y etiquetar instrumentos y equipos médicos de manera adecuada para

garantizar que estén listos para su uso en procedimientos médicos.
-Procesamiento de instrumentos: Los TCAE pueden encargarse de la limpieza inicial de los instrumentos médicos y quirúrgicos antes de que se sometan a procesos de esterilización. Esto implica el uso de técnicas y equipos específicos para eliminar cualquier suciedad, sangre u otros contaminantes.
-Esterilización: Los TCAE pueden operar equipos de esterilización, como autoclaves, esterilizadores químicos o radiación gamma, siguiendo protocolos estrictos para garantizar que los instrumentos y equipos estén libres de microorganismos patógenos.
-Control de calidad: Los TCAE pueden llevar a cabo controles de calidad para asegurar de que los procesos de esterilización se realicen de manera efectiva. Esto puede incluir la verificación de registros de esterilización, la revisión de indicadores químicos y biológicos y la inspección visual de los instrumentos esterilizados.
-Almacenamiento y distribución: Una vez esterilizados, los instrumentos y equipos deben ser almacenados de manera adecuada para evitar la contaminación. Los TCAE pueden ser responsables de mantener un inventario preciso y distribuir los instrumentos esterilizados a las áreas de atención médica cuando sea necesario.
-Cumplimiento normativo: Los TCAE deben estar familiarizados con las regulaciones y normativas de esterilización y garantizar el cumplimiento de las mismas en todo momento.
-Mantenimiento de registros: Es esencial mantener registros detallados de todos los procesos de esterilización realizados. Los TCAE deben documentar adecuadamente cada paso del proceso para fines de trazabilidad y auditoría.

Es fundamental seguir las pautas y protocolos establecidos por el centro de salud y las normativas de esterilización para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico. Además, es importante recibir capacitación adecuada en el uso de autoclaves y otros equipos de esterilización para realizar estas tareas de manera segura y efectiva.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel esencial en el servicio de esterilización. Su labor incluye la preparación de instrumentos médicos antes de la esterilización, asegurándose de que estén limpios y listos. Luego, deben introducir estos instrumentos en

autoclaves y otros equipos de esterilización, siguiendo procedimientos específicos y protocolos de seguridad. Después del proceso de esterilización, verifican la integridad de los paquetes esterilizados y los almacenan adecuadamente. El TCAE desempeña un papel crítico en garantizar que los instrumentos estén esterilizados y seguros para su uso en procedimientos médicos, contribuyendo así a la atención segura y eficiente de los pacientes. Este papel es esencial para mantener altos estándares de higiene y seguridad en entornos de atención médica.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/unidad-central-de-esterilizacion-y-funciones-del-tcae/.
2. https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-esterilizacion/amp/.
3. https://revistamedica.com/papel-tcae-servicio-esterilizacion/amp/.
4. https://www.verticelearning.com/producto/tcae-en-el-servicio-de-esterilizacion/.
5. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metodos-de-esterilizacion-en-el-ambito-sanitario/.
6. https://elautoclave.wordpress.com/tag/tcae/.

## Capítulo 174

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CAMBIOS POSTURALES

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

OSCAR ORTEGA PINEDO

## 1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el ámbito de la atención sanitaria, especialmente en lo que respecta a los cambios posturales de los pacientes. Los cambios posturales son maniobras terapéuticas que buscan prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad, como úlceras por presión, contracturas musculares y problemas respiratorios.

La principal función del TCAE en los cambios posturales es garantizar el bienestar y la seguridad del paciente. Esto implica conocer las necesidades individuales de cada paciente y realizar las maniobras de cambio de posición de acuerdo con

las indicaciones del equipo médico o de enfermería. Además, debe estar atento a posibles signos de malestar o dolor durante el proceso.

El TCAE también desempeña un papel educativo al instruir a los pacientes y sus familias sobre la importancia de los cambios posturales y cómo llevarlos a cabo de manera segura en casa. Esto contribuye a la prevención de complicaciones a largo plazo.

Otra función crucial es documentar adecuadamente los cambios posturales en la historia clínica del paciente, registrando la posición inicial, la posición final y cualquier observación relevante. Esto facilita la evaluación continua de la efectividad de las intervenciones y permite realizar ajustes si es necesario.

El TCAE es esencial en los cambios posturales, ya que garantiza la atención integral de los pacientes, previene complicaciones y contribuye al bienestar general de aquellos que requieren cuidados de salud.

## 2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en la realización de cambios posturales.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los cambios posturales son modificaciones en la posición del cuerpo que realizamos de forma consciente o inconsciente a lo largo del día para aliviar la tensión muscular, mejorar la circulación sanguínea y prevenir la fatiga. Estos cambios son fundamentales para mantener la salud y el bienestar, ya que pasar largos períodos en la misma posición puede causar molestias y problemas de salud a largo plazo.

Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la atención a pacientes cuando se trata de cambios posturales.
Sus funciones en esta área incluyen:
-Observación: Los TCAE son responsables de observar continuamente la condición del paciente, especialmente en lo que respecta a la posición corporal. Deben identificar signos de incomodidad, dolor o molestias durante los cambios posturales.
-Asistencia en movilidad: Ayudan a los pacientes a cambiar de posición, levantarse de la cama o de la silla, o moverse de un lugar a otro cuando sea necesario. Esto es crucial para prevenir la inmovilidad y las úlceras por presión.
-Colaboración con el equipo de enfermería: Trabajan en estrecha colaboración con enfermeras y enfermeros para implementar los cambios posturales según las indicaciones médicas. Esto puede incluir la rotación de pacientes en cama o la colocación de almohadas y dispositivos de soporte.
-Seguridad del paciente: Garantizan que los cambios posturales se realicen de manera segura, utilizando técnicas adecuadas para levantar y mover a los pacientes, así como dispositivos de apoyo si es necesario.
-Comunicación: Informan al equipo de enfermería sobre cualquier cambio en la condición del paciente o cualquier problema que surja durante los cambios posturales. Esto es esencial para una atención integral y oportuna.
-Prevención de complicaciones: Ayudan a prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad, como úlceras por presión, contracturas musculares y problemas respiratorios, al garantizar que los pacientes se reposicionan periódicamente.
-Apoyo emocional: Brindan apoyo emocional a los pacientes durante los cambios posturales, especialmente a aquellos que pueden experimentar dolor o ansiedad debido a su condición.

## 5 Discusión-Conclusión

Su función principal es garantizar la seguridad y comodidad del paciente al moverlo de una posición a otra. Esto implica la prevención de úlceras por presión al cambiar regularmente la posición del paciente, asegurando una alineación adecuada del cuerpo y el uso de ayudas técnicas cuando sea necesario. Además, el TCAE debe estar atento a cualquier señal de malestar o dolor durante el proceso y comunicar esta información al personal de enfermería. En todos estos cambios posturales, el TCAE debe tener en cuenta la seguridad y el bienestar del paciente, así como la utilización de técnicas adecuadas y el uso de dispositivos de apoyo

cuando sea necesario para prevenir lesiones y mejorar la calidad de vida del paciente. En resumen, el TCAE juega un papel esencial en mantener el bienestar del paciente durante los cambios posturales.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/actuacion-tcae-cambios-posturales/.
2. https://revistamedica.com/labor-tcae-cambios-posturales/amp/.
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-papel-de-los-auxiliares-de-enfermeria-en-la-intervencion-de-los-cambios-posturales-en-pacientes-con-movilidad-reducida/.
4. https://www.itep.es/blog/me-informo/cambios-posturales-paciente-encamado.
5. http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm.

## Capítulo 175

# PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS DE COLOSTOMÍA

MARTA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

TERESA CARBONERAS NAVALON

ANA MARIA JIMENEZ BLÁZQUEZ

MARIA DE LA ESPERANZA PÉREZ TORRES

OSCAR ORTEGA PINEDO

## 1 Introducción

La colostomía es un procedimiento quirúrgico en el que se crea una abertura artificial en la pared abdominal para permitir la salida de las heces del colon hacia una bolsa externa. Este procedimiento puede ser necesario debido a diversas condiciones médicas, como cáncer de colon, enfermedad de Crohn, o traumatismos graves en el intestino. Los pacientes que se someten a una colostomía requieren cuidados especializados para mantener su calidad de vida y prevenir complicaciones.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la atención de personas con colostomía. Su labor es esencial para asegurar que los pacientes se adapten de manera adecuada a esta nueva circunstancia y mantengan una buena salud.

Los cuidados de colostomía realizados por los TCAE incluyen la limpieza y cambio de la bolsa de colostomía, así como el cuidado de la piel alrededor del estoma. Además, deben estar atentos a cualquier signo de complicación, como fugas o irritaciones. La empatía y el apoyo emocional son igualmente importantes, ya que el ajuste emocional a una colostomía puede ser desafiante para muchos pacientes. Los TCAE también colaboran en la educación de los pacientes y sus familias, proporcionando información sobre el manejo adecuado de la colostomía y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. Además, registran con precisión la información relevante, lo que facilita el seguimiento del paciente por parte del personal de enfermería y médico.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en los cuidados de colostomía.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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” se refiere a un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En el contexto de cuidados de colostomía, las responsabilidades de un TCAE pueden incluir:

1. Educación al paciente: El TCAE debe proporcionar información clara y comprensible al paciente sobre la colostomía, su cuidado y la adaptación emocional. Esto incluye enseñar al paciente a identificar y manejar signos de complicaciones.

2. Higiene personal: Ayudar al paciente con la higiene personal, incluyendo la limpieza y el cambio de la bolsa recolectora de heces. Se deben utilizar guantes estériles y técnicas asépticas.

3. Cambio de la bolsa: Supervisar y realizar cambios regulares de la bolsa recolectora para evitar fugas y prevenir infecciones. Esto debe hacerse de manera cuidadosa para no dañar la piel circundante.

4. Cuidado de la piel: Vigilar la piel alrededor de la colostomía para detectar signos de irritación, enrojecimiento o daño. Aplicar barreras protectoras y cremas recomendadas para mantener la piel sana.

5. Observación de la salida de heces: Controlar la cantidad, color, consistencia y olor de las heces para detectar cualquier cambio que pueda indicar problemas de salud.

6. Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional al paciente, ya que la adaptación a una colostomía puede ser emocionalmente desafiante. Escuchar y ofrecer consejos sobre cómo llevar una vida normal.

7. Suministros: Asegurarse de que el paciente tenga suficientes suministros como bolsas recolectoras, adhesivos, y otros productos necesarios para el cuidado de la colostomía.

8. Comunicación con el equipo de salud: Mantener una comunicación constante con el equipo médico y de enfermería para informar sobre cualquier cambio en la condición del paciente o problemas relacionados con la colostomía.

9. Instrucción para la dieta: Enseñar al paciente sobre la importancia de mantener una dieta adecuada y equilibrada, así como asegurarse de que esté bien hidratado.

10. Promoción de la independencia: Fomentar la autonomía del paciente en la medida de lo posible, alentándolo a participar en el autocuidado de su colostomía.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, el TCAE desempeña un papel esencial en el cuidado de la colostomía al brindar apoyo físico y emocional al paciente, asegurando una higiene adecuada, previniendo complicaciones y facilitando la adaptación a esta nueva condición de vida. Un cuidado diligente y compasivo es crucial para mejorar la calidad de vida de quienes tienen una colostomía. Su dedicación y competencia son fundamentales para que las personas con colostomía puedan llevar una vida lo más normal posible y mantener su dignidad y calidad de vida.
Es importante destacar que los TCAE trabajan bajo la supervisión de enfermeros

o personal médico, y su alcance de práctica puede variar según las regulaciones y políticas locales.

## 6 Bibliografía

1.https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/cuidados-enfermeria-colostomia-ileostomia/
2.https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-portador-de-colostomia/
3.https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-con-colostomia/
4.https://www.discapnet.es/salud/educar-en-salud/manejo-de-la-enfermedad/cuidados-de-colostomia

## Capítulo 176

# EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

## 1 Introducción

Se define a la enfermedad llamada cáncer como el conjunto o grupo de enfermedades en las que tiene lugar un crecimiento de forma descontrolado de las células.
Según los expertos, una neoplasia se debe definir como una masa anormal que sobrepasa el límite de los tejidos. Esta suele presentarse en una zona concreta del organismo, pero con el paso del tiempo y según va avanzando la enfermedad, puede extenderse a otros lugares del cuerpo, lo que se denomina metástasis.
Se debe de administrar un tratamiento adecuado en caso de que se observe a tiempo, pero cuando las personas padecen metástasis ya no tiene cura, por lo

que el personal sanitario le impone una serie de cuidados al paciente para que durante el período de tiempo de vida que le quede, sea de mejor calidad posible y que el sufrimiento de la persona sea reducido al mínimo.
Hay una gran variedad de tipos de cáncer, podemos estimar aproximadamente sobre cien tipos o más. Algunos pueden ser: de pulmón, de colón, próstata, de mama, de útero, de huesos, leucemia, linfático, etc. Cada uno con unas características específicas que hace que sean diferenciados en la persona que lo padece y con un nivel diverso de agresividad.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que puede desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en personas que padecen este tipo de enfermedad dañina.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, pero que tienen relaciones causales entre ellas.

## 4 Resultados

La agresividad del cáncer es diversa dependiendo del tipo de cáncer que posea el paciente. Depende de sus características biológicas de cada persona, del tipo de células que tenga cada persona… Pero principalmente esta enfermedad se caracteriza por su alta capacidad de reproducción de una forma descontrolada, originando grandes masas o cúmulos de células cancerígenas en diversas partes del cuerpo que poco a poco van extendiéndose a otros lugares del cuerpo, especialmente por el sistema circulatorio o por el sistema linfático causando mayores daños con el crecimiento de nuevos tumores y pudiendo desarrollar una metástasis que sería incurable.

Puede haber dos tipos de tumores. Los tumores que son malignos consumen o usan los nutrientes y vitaminas que son imprescindibles para el funcionamiento de los órganos, por lo que poco a poco hace que la persona vaya deteriorándose, pero, sin embargo, los tumores benignos, pueden aparecer, pero no son la principal causa de muerte en el paciente como si ocurre con los tumores malignos. Al juntarse las células sanas con las afectadas causan que el proceso de crecimiento de las células se detenga.
El cáncer puede padecerlo cualquier tipo de persona, no tiene que ver que sea hombre o mujer ni la edad que padezca la persona.
También puede ser causado por factores genéticos o por factores de riesgo como el abuso del tabaco, del alcohol, de la alimentación que adquiera la persona, de factores medioambientales como la contaminación, el exceso de sol y quemaduras en la piel de la persona.
Las funciones del TCAE en personas con cáncer, interviene en la admisión y acogida del paciente cuando entra al hospital, le apoya en todo momento, mantiene conversaciones con el paciente, le brinda las necesidades básicas y necesarias que la persona requiera en todo momento.

## 5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, sobre las personas que padecen cáncer, se debe de tener en cuenta que es una enfermedad de alta complejidad con distintos signos y síntomas en las personas que puede influir en sus vidas diarias limitándoles a realizar las actividades diarias debido a los dolores y resto de síntomas que conlleva la enfermedad, por lo que debemos de tratarlos de forma respetuosa, con amabilidad, cariño, empatía, haciéndoles sentir seguros y cómodos porque son personas vulnerables, sensibles y delicadas debido a los problemas graves de salud que les genera estos diversos tipos de cáncer en sus vidas.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 177

# TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

## 1 Introducción

El quirófano es un área del hospital, aislada e independiente del resto del hospital y con fácil acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y al Servicio de Esterilización, generalmente, por medio de montacargas para el traslado del material quirúrgico.
En los quirófanos se realizan las intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor y de menor y, además, se encuentra todo el material quirúrgico necesario para realizar las distintas cirugías.
En este lugar, también encontramos al personal sanitario encargado de realizar dichas intervenciones, entre los que se encuentran los médicos especialistas, anestesistas, el equipo de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfer-

mería y el personal no sanitario, celadores y técnicos de rayos, que trabajan en equipo para lograr un resultado eficaz en las cirugías.
Para que el desarrollo de las intervenciones sea favorable, dentro del área del quirófano, se deben tener en cuenta una serie de pautas para evitar infecciones o cualquier situación sanitaria que se pueda prevenir dentro del quirófano y así evitar posibles complicaciones.
Esta área tiene que contemplar unas características que permita el buen desarrollo de las intervenciones para evitar infecciones o cualquier otro problema sanitario durante las cirugías. El quirófano debe estar dividido en zona limpia y zona sucia y tener una temperatura y humedad adecuadas.

## 2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de quirófano que podemos encontrar.
- Dar a conocer las funciones que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el quirófano.

## 3 Metodología

Se ha realizado con una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática, sobre documentación científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultado artículo en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos precedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Tipos de quirófano:
-Quirófanos de cirugía menor ambulatoria: son salas en las que se realiza procedimientos de cirugía de baja complejidad, por lo general con anestesia local, a pacientes que anteriormente han sido citados para hacer la cirugía. Una vez terminada la cirugía están un corto periodo de tiempo en observación y posteriormente son enviados a su casa, sin ser necesario hospitalizarlos.
-Quirófanos polivalentes: son los más abundantes y flexibles en donde se pueden hacer intervenciones de diversas especialidades. Pueden estar especializados en un tipo concreto de especialidad o pueden abarcar varias especialidades.

-Quirófanos para cirugía mayor ambulatoria: son quirófanos en los que se llevan a cabo cirugías que han sido citados anteriormente, que precisan de una cirugía con anestesia general o local a pacientes previamente programados para un tipo de cirugía con cierto grado de complejidad sin necesidad de hospitalización.
-Quirófanos de urgencias: se pueden encontrar dentro de urgencias o en el quirófano. Como su nombre indica, en ella se hacen las intervenciones que son de urgencia.
-Quirófanos de cirugía experimental: son partes de la unidad especial del hospital o de centros de investigación, simulación y formación de especialistas de las universidades. En estos quirófanos se emplea una cirugía experimental con animales de experimentación, cumpliendo con las normas éticas sobre el uso de animales con fines científicos, para realizar investigaciones quirúrgicas.
Funciones del TCAE en el quirófano:
-Colocar el material necesario de la cirugía.
-Reponer el material en el área quirúrgica.
-Limpiar el material fungible una vez terminado el procedimiento.
-Enviar a esterilización el instrumental usado durante la cirugía.
-Colaborar junto al resto del equipo en el desarrollo de la cirugía.
-Ayudar al cirujano a ponerse la bata para la realización de la cirugía.
-Comprobar que el carro de anestesia tiene el material necesario.

## 5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un área bastante compleja del hospital cuya principal finalidad es hacer procedimientos quirúrgicos en un área estéril, evitando así la aparición de infecciones y cualquier tipo de microorganismo que pueda provocar graves complicaciones en la recuperación del paciente.
El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería esta área es de gran importancia junto al del resto del equipo que deben de asegurarse de que durante todo el proceso de la cirugía se desarrolle correctamente. El trabajo en equipo en este servicio es fundamental para acabar de manera favorable con la cirugía y, aumente la calidad y seguridad del trabajo realizado.

## 6 Bibliografía

1. Formación DAE. Funciones del personal TCAE en quirófano: Reposición [Internet]. Daeformacion. DAE Formación; 2021 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://daeformacion.com/funciones-tcae-quirofano-reposicion/.

2. Isern JG. Características del bloque quirúrgico: Tipos de quirófanos [Internet]. Hospitecnia. 2022 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://hospitecnia.com/instalaciones/caracteristicas-bloque-quirurgico-tiposquirofanos/.
3. Investigación RS. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/
funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quirofano/.

## Capítulo 178

# LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES QUE DEBEN USAR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ANA DOÑATE ARNEDO

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

## 1 Introducción

Una de las funciones de los auxiliares de enfermería es proporcionar los cuidados imprescindibles y necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente y hacer que su estancia en el hospital sea lo más cómoda posible. La tarea será proporcionar todos los cuidados que una persona pueda necesitar en su vida diaria a través de un plan de cuidados con protocolos claramente definidos y acordado con el personal de dichas residencias, si la asistencia se presta en una residencia. Un factor muy importante a considerar son los cambios posturales de los pacientes.

Se tiene en cuenta en términos de salud y cuidados porque se pueden prevenir las úlceras por presión (UPP), que normalmente tienden a desarrollarse en pacientes

encamados. Decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono y plegador son los principales ajustes posturales requeridos por el personal de salud antes mencionado.
Se debe tener en cuenta la patología del paciente a la hora de cambiar de postura, y se debe considerar cuidadosamente cualquier suero o sonda que pueda tener el paciente. Estos ajustes se realizarán cada dos o tres horas, evitando ponerlo debajo de sus lesiones y dejar arrugas en la cama. También intentaremos que las sábanas queden lo más ajustadas posible prestando mucha atención al estado de la piel y conservándola el mayor tiempo posible lo más hidratada posible.
Para prevenir el desarrollo de úlceras por presión, proporcionaremos al paciente una dieta rica en proteínas y vitaminas, que incluya carne, verduras y cereales. La hidratación es fundamental, además de los ajustes posturales, y por ello se recomienda.

## 2 Objetivos

Describir los diversos cambios posturales que se pueden realizar y cómo utilizarlos para reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión por el TCAE.

## 3 Metodología

Realizamos una búsqueda y revisión bibliográfica para completar este proyecto, encontrando artículos de 2009 a 2017 en una variedad de bases de datos, revistas médicas y artículos. Además, hemos utilizado las siguientes palabras clave: cuidados de enfermería, úlceras por presión, pacientes encamados, cambios posturales, etc. Google Scholar también nos ha aportado abundante información.

## 4 Resultados

Las principales responsabilidades del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería en las unidades de hospitalización donde se encuentran pacientes encamados son atender las necesidades básicas de los pacientes más dependientes, como la limpieza y la preparación de comidas, así como la asistencia en la movilización, como los cambios posturales. . Es por ello que el papel de las auxiliares de enfermería en el plan de cuidados es crucial porque, por un lado, ayudan mucho en la prevención de las úlceras por presión (UPP) al movilizar a pacientes más dependientes, con falta de autonomía suficiente o simplemente con dificultades para

hacerlo.
Si se examina cualquier tipo de anomalía en cualquier zona de la piel durante el cambio de pañal o cambio postural, y si se considera necesario, se puede llevar al hospital para recibir tratamiento adicional. Dependiendo del objetivo que tengamos con el paciente (comer, cambiar pañal o fisioterapia), existen diferentes posiciones a la hora de realizar cambios posturales.
Cada dos o tres horas, se debe cambiar la posición en la que se encuentra el paciente mientras está en cama para mantener el flujo de sangre. Esto mantiene la piel sana y previene las escaras.
La sábana intrusiva se utiliza para ayudar a realizar los movimientos mientras las movilizaciones arrastran al paciente en la cama. Para facilitar dichos cambios, también emplearemos las herramientas y equipos (grúa) a nuestra disposición.
Las posibles posiciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermeria debe usar son:
- La posición supina, también conocida como decúbito dorsal, es una posición corporal en la que se acuesta boca arriba con los brazos y piernas extendidos.
-Latitudinalmente en decúbito.
- Posición lateral de seguridad.
- Decúbito ventral (decúbito prono).
- Un semifowler.
- Fowler.
– Trendelenburg.
– Anti-Trendelenburg.

## 5 Discusión-Conclusión

Como afirmación final podemos afirmar que los profesionales de la salud como son los técnicos en cuidados auxiliares de enfermeria son los encargados de implementar los ajustes posturales, y que al hacerlo (realizados cada 2 o 3 horas), evitaremos que se desarrollen todas las úlceras y los efectos nocivos que estas conllevan. La mejor manera de mantener una piel sana es a través de la prevención, por lo que aunque no sea así, siempre debemos controlar la piel de nuestros pacientes, especialmente a la hora de realizar cambios posturales. También deben prestar atención al color de la piel.

# 6 Bibliografía

1. Santos-Reyes, L. (2019). Proceso formativo sobre las técnicas de movilización, transferencia y deambulación en el módulo profesional de atención sanitaria.

## Capítulo 179

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PSICOLOGÍA DEL PACIENTE

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

ANA DOÑATE ARNEDO

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

## 1 Introducción

La psicología es, a la vez, una profesión, una disciplina académica y una ciencia que trata el estudio y el análisis de la conducta y los procesos mentales de los individuos y de grupos humanos en distintas situaciones, cuyo campo de estudio abarca todos los aspectos de la experiencia humana y lo hace para fines tanto de investigación como docentes y laborales, entre otros. Por medio de sus diversos enfoques, la psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, el pensamiento, la personalidad, las relaciones personales, la conciencia y la inconsciencia. La psicología emplea métodos empíricos, cuantitativos y cualitativos de investigación para analizar el comportamiento. También se pueden encontrar, especialmente en el ámbito clínico o de consultoría, otro tipo de métodos

cualitativos y mixtos. Mientras que el conocimiento psicológico es empleado frecuentemente en la evaluación o tratamiento de las psicopatologías, en las últimas décadas los psicólogos también están siendo empleados en los departamentos de recursos humanos de las organizaciones, en áreas relacionadas con el desarrollo infantil y del envejecimiento, los deportes, los medios de comunicación, el mundo del derecho y las ciencias forenses.
Finalmente, hay corrientes (como la psicología aplicada o las terapias cognitivas) conductuales que integran diversos elementos de otras escuelas en la medida en que resultan útiles para sus fines, generalmente, la intervención clínica, educativa, en organizaciones, etc.

## 2 Objetivos

Definir aspectos de interés acerca de la rama de la psicología y exponer las funciones del TCAE en el ámbito de la psicología del paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Por medio de sus diversos enfoques, la psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, el pensamiento, la personalidad, las relaciones personales, la conciencia y la inconsciencia. La psicología emplea métodos empíricos, cuantitativos y cualitativos de investigación para analizar el comportamiento. También se pueden encontrar, especialmente en el ámbito clínico o de consultoría, otro tipo de métodos cualitativos y mixtos. Mientras que el conocimiento psicológico es empleado frecuentemente en la evaluación o tratamiento de las psicopatologías, en las últimas décadas los psicólogos también están siendo empleados en los departamentos de recursos humanos de las organizaciones, en áreas relacionadas

con el desarrollo infantil y del envejecimiento, los deportes, los medios de comunicación, el mundo del derecho y las ciencias forenses. Aunque la mayor parte de los psicólogos están involucrados profesionalmente en actividades terapéuticas (clínica, consultoría, educación), una parte también se dedica a la investigación, desde las universidades, sobre un amplio rango de temas relacionados con el comportamiento y el pensamiento humano.
También el apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia es muy importante.
Las áreas de estudio de la psicología presentan relaciones de cierta complejidad. La psicología fisiológica, por ejemplo, estudia el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, mientras que la psicología experimental aplica técnicas de laboratorio para estudiar temas como la percepción o la memoria.
Por su parte, enfoques como en el humanismo consideran que el método científico no es adecuado para investigar la conducta; otros tales, el conductismo lo emplean para comportamientos observables que pueden ser objetivamente medidos.
Las diferentes funciones que puede realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en cuanto a la psicología pueden ser las siguientes:
- Manejo de todo tipo de emociones, tales como incertidumbre, temor, ansiedad y tristeza, que se pueden dar durante el ingreso hospitalario.
- Información y comunicación con el paciente y familiares.
- Información y comunicación con el personal del equipo sanitario.
- Ayuda en la toma de decisiones, ayuda en la solución a los problemas posibles que se puedan presentar durante el ingreso y planificación para ello.

## 5 Discusión-Conclusión

Los desastres tienen un impacto en la salud mental a mediano y a largo plazo, las secuelas psicológicas no se curan fácilmente, sino que llevan un proceso largo, por lo que es necesario contar con planes de intervención psicológica en los tres diferentes niveles de atención.
Los objetivos principales de la psicología son describir, explicar, predecir y modificar el comportamiento humano. En muchos sentidos, estos objetivos son similares a aquellas actividades que probablemente realizamos a diario en la medida que interactuamos con los demás.
Por último, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar capacitado para trabajar con este tipo de pacientes.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 180

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

FRANCISCO JAVIER GIL FAJARDO

ANA DOÑATE ARNEDO

ELENA FERNÁNDEZ NAVARRO

MARIA EUFRASIA GONZÁLEZ TORNERO

ESTIBALIZ GARCÍA GARCÍA

## 1 Introducción

La sociedad actual da prioridad a los pacientes con enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, demencia, Parkinson, etc. , que frecuentemente afecta a algún miembro de la familia y así sucesivamente.
Para poder atenderlos adecuadamente, en ocasiones es necesario recurrir a recursos residenciales.
Una variedad mejorada. Este residencial de atención es un TCAE en su totalidad. A medida que su condición empeore, este se ocupará de usted y asumirá

la responsabilidad de sus necesidades. Cuidar y cuidar a un residente con estas patologías implica cambios significativos a nivel profesional y humano, donde se producirán grandes cambios a corto y largo plazo debido a la progresión de la enfermedad.
Estos cambios producen momentos de importante impacto emocional y sentimental que requieren un aprendizaje continuo. Esto provocará que el auxiliar de enfermería experimente continuamente agotamiento físico y emocional.
A medida que la enfermedad empeora, estos pacientes requerirán cuidados más intensivos a medida que sus deterioros cognitivos progresen a una etapa de demencia grave y sus síntomas comiencen a afectar sus capacidades intelectuales y sociales.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá que manejar algo más que los desafíos motores y cognitivos de la persona residente, pero también tendrás que lidiar con sus cambios erráticos de comportamiento y problemas de sueño, lo que aumentará tu carga de trabajo. Además, si incluimos la falta de recursos suficientes para evitar una carga física excesiva.

## 2 Objetivos

- Conocer el síndrome de agotamiento técnico en cuidados auxiliares de enfermería y cómo prevenirlo en el tratamiento de pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

## 3 Metodología

Se basa en la recopilación de revisiones de documentos bibliográficos sobre las necesidades de prevención y diagnóstico del auxiliar de enfermería, mediante búsquedas en diversas bases de datos como artículos, revistas y libros a través de Google Scholar. Para recopilar información se utilizaron los términos de búsqueda TCAE de Alzheimer, enfermedades neurodegenerativas, terapia de grupo, actividad física, deportes y apoyo mental y emocional.

## 4 Resultados

Los grupos terapéuticos para personas que atienden a personas con enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer, han demostrado tener efectos muy positivos en la reducción del estrés psicológico, según un estudio científico

realizado por la Fundación Pasqual Maragall. Les apoyan a controlar su estrés, ansiedad o depresión. En estos grupos terapéuticos aprenden a vivir con la enfermedad y reciben ayuda para ello. Cada día comparten sus emociones con otras personas que están pasando por lo mismo, así como sus experiencias y mecanismos de afrontamiento.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería les proporcionan equipos para fomentar el autocuidado de los cuidadores y defensa.
El aislamiento social que conlleva brindar cuidados también se rompe al ser parte de estos grupos. Todos estos elementos tienen un impacto tanto en el bienestar del cuidador como del cuidador porque la capacidad del cuidador para cuidar de sí mismo es esencial para prevenir sobrecargas en la atención al paciente.
Para poder despegarse de las exigencias del trabajo, es crucial que el individuo tenga una zona horaria libre. El ejercicio es una excelente manera de mantener su cuerpo en buena forma y desahogarse, ya que el mover nuestro cuerpo bajo estrés hace que produzcamos hormonas como endorfinas o adrenalina, que producen cambios favorables en nuestra actitud y estado de ánimo y promueven la salud general de nuestro cuerpo. Además, el ejercicio aumenta la producción corporal de norepinefrina (noradrenalina), una sustancia química que influye en la respuesta del cuerpo y puede ayudar al cerebro a responder de manera más adecuada.
En circunstancias tensas, reaccionas mejor. El ejercicio también nos ayudará a tener más energía porque estar en la mejor condición física posible hará que trabajar sea menos cansado.

## 5 Discusión-Conclusión

Una organización adecuada que establezca protocolos y pautas de actuación específicos y vaya siempre acompañada de formación a los trabajadores sería una buena medida preventiva para que estos profesionales no experimenten estos síntomas. Básicamente, existen tres líneas de actuación:
- Formación: Crear procedimientos de respuesta ante imprevistos, como protocolos de interacción con residentes y familiares.
- Herramientas: Proporcionar a los asistentes todo el equipamiento necesario para facilitar su trabajo, junto con la formación suficiente sobre su uso.
- Apoyo: Seguimiento del bienestar físico y mental de los profesionales.

Un buen grupo terapéutico psicológico gestionado por un profesional conducirá al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a través de una serie de herramien-

tas terapéuticas hacia un cambio de perspectiva, una nueva perspectiva, que permitirá a esa persona revertir su situación y conectar con el bienestar general.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 181

# COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE

CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ

YOLANDA RUIZ MORA

JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROJAS

MARÍA JOSÉ LANCHA HERRERA

MARI CARMEN LÓPEZ FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

El fallecimiento del paciente, también conocido como defunción o muerte, es el evento final en la vida de un individuo en el que cesa de manera irreversible todas las funciones vitales del organismo, incluyendo la actividad cardíaca, respiratoria y cerebral. Este proceso, que marca el fin de la existencia de una persona, puede ser resultado de diversas causas, como enfermedades, traumatismos graves, procesos degenerativos o simplemente el agotamiento natural del ciclo vital.

La muerte es un tema de gran relevancia médica, ética y social. En el ámbito médico, se establecen protocolos para determinar la muerte de manera precisa, como la ausencia de actividad cardíaca y respiratoria durante un período de

tiempo determinado. También es fundamental en ética médica, ya que implica tomar decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico cuando la recuperación es improbable y garantizar que se respeten los deseos del paciente en términos de cuidados al final de la vida.

El fallecimiento de un paciente es un momento delicado y emocional tanto para los familiares como para los profesionales de la salud. Requiere un manejo compasivo y respetuoso, brindando apoyo emocional a los seres queridos y cumpliendo con los procedimientos legales y médicos necesarios. Además, la muerte de un paciente a menudo desencadena la necesidad de emitir certificados de defunción y coordinar procedimientos de sepelio de acuerdo con las costumbres y regulaciones locales.

## 2 Objetivos

-Informar sobre las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo del fallecimiento de un paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el manejo del fallecimiento del paciente. Este momento, que puede ser emocionalmente desafiante tanto para el personal de salud como para los familiares, requiere de un enfoque cuidadoso y compasivo. A continuación, se describen las funciones clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el proceso de fallecimiento del paciente:

Apoyo emocional a la familia: Uno de los roles más importantes es brindar apoyo emocional a los familiares del paciente fallecido. Esto implica escuchar, consolar

y proporcionar información sobre los siguientes pasos. La empatía y la comprensión son fundamentales para ayudar a las familias a lidiar con su pérdida.

Preparación del cuerpo: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe preparar el cuerpo del paciente para el traslado a la morgue o el proceso funerario. Esto puede incluir la limpieza y el aseo del cuerpo, el retiro de dispositivos médicos y la colocación en una posición respetuosa.

Documentación: Es esencial llevar un registro preciso de la hora y las circunstancias del fallecimiento. Esto incluye completar el certificado de defunción con la información relevante, como la causa del fallecimiento, que será proporcionada por el médico.

Coordinación: Colaborar con el personal de la morgue o el servicio funerario para coordinar el traslado del cuerpo del paciente. Esto puede incluir completar formularios necesarios y garantizar que se sigan los procedimientos adecuados.

Manejo de pertenencias: Ayudar en la recolección y el etiquetado de las pertenencias del paciente, asegurándose de que se entreguen a los familiares o se almacenen de manera segura.

Preparación de la habitación: Desinfectar y preparar la habitación del paciente para recibir a otro paciente, si es necesario. Esto incluye la limpieza de superficies y el reemplazo de la ropa de cama.

Apoyo al equipo de salud: Colaborar con otros miembros del equipo de salud, como enfermeras y médicos, para asegurarse de que se cumplan todos los procedimientos y registros necesarios.

El respeto por la dignidad del paciente fallecido y el apoyo a los familiares son principios fundamentales en el manejo de este proceso. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial al proporcionar asistencia práctica y apoyo emocional en un momento tan delicado.

## 5 Discusión-Conclusión

En el momento del fallecimiento de un paciente, es crucial mantener una actitud de compasión y respeto hacia la familia y el difunto. Aquí hay algunas recomendaciones importantes para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería:
En primer lugar, brinde un apoyo genuino a los familiares del paciente falle-

cido. Escuche sus necesidades emocionales y ofrezca consuelo. Sea comprensivo y evite hacer comentarios insensibles. Puede ser útil proporcionar información clara sobre los siguientes pasos sin apresurarse, permitiendo que la familia procese su pérdida.

En segundo lugar, realice sus deberes con dignidad y respeto hacia el paciente difunto. Asegúrese de que la preparación del cuerpo se realice con el máximo cuidado y consideración. Trate al paciente con la misma consideración y profesionalismo que cuando estaba vivo.

Recuerde que su apoyo y empatía son invaluables en este momento difícil. Además, comunique cualquier preocupación o necesidad al equipo de enfermería o al personal médico para garantizar que se brinde el mejor cuidado posible al paciente y su familia en este momento de duelo.

## 6 Bibliografía

1. Ortega, R. G., Gallardo, R., Gómez, M. E., Gonzalo, S. F., Zorro, N. L., & Sevillano, S. G. (2022). Funciones del TCAE ante el paciente con ictus en el servicio de urgencias y la unidad de ictus. Revista Sanitaria de Investigación, 3(9), 392.

## Capítulo 182

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y PACIENTES CON PROBLEMAS RENALES

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

TANIA DURAN CARRASCO

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

## 1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de los cuidados del paciente con problemas renales en concreto los que presentan insuficiencia renal.
Se habla de insuficiencia renal, cuando los riñones del paciente no funcionan correctamente, es decir no son capaces de eliminar al menos el 15% de las toxinas y del agua sobrante del organismo.
La sintomatología que suele presentar el paciente que padece insuficiencia renal es muy dispar desde la existencia de hinchazón o acumulación de líquidos en pies, tobillos y piernas, dolores de cabeza, sentirse más cansado de lo normal, escasa eliminación de orina, dolores en las articulaciones, problemas digestivos, etc.
Y puede ocasionar en el paciente que la padece otras patologías como: presión arterial alta o hipertensión, enfermedades cardíacas, anemia, trastornos óseos, deficiencia de vitaminas y proteínas (desnutrición), etc.

Si nos fijamos en los posibles desencadenantes de una insuficiencia renal está claro que debe ser tratada.
Y ¿cómo se trata la insuficiencia renal?
La insuficiencia renal puede ser tratada con hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de riñón.
El paciente con insuficiencia renal es atendido tanto con el nefrólogo como por el equipo de enfermería en el tratamiento de diálisis, coordinadora de trasplantes, dietista renal e incluso por la trabajadora social.

## 2 Objetivos

Desarrollar actividades a llevar a cabo por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la aplicación del proceso (anteriores, durante y una vez finalizado) de diálisis.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Cuando la insuficiencia renal es grave (momento en el que los riñones solo funcionan por debajo del 10% del rendimiento normal) se utiliza la diálisis con el fin de eliminar todas las sustancias dañinas para el organismo que no pueden eliminar los riñones y que pueden producir la muerte a la persona que la padece. El proceso de diálisis permite eliminar excedentes de sal, agua y/o productos de desecho acumulados en el organismo, como mantener el nivel adecuado de minerales y vitaminas, ayuda a controlar la presión sanguínea y a producir hematíes o glóbulos rojos.
Protocolo actuación con pacientes en el tratamiento de diálisis:
- Exponer al paciente todo el procedimiento, aclarándole todas las posibles dudas que plantee. Preguntarle si ha seguido la dieta prescrita (baja en sodio (Na), Potasio(K), proteínas y agua).

- Pasar al paciente al servicio de diálisis, indicarle la cama o sillón que tiene asignado para el proceso, proporcionar al paciente material de aseo, pijama y bata para que se quite la ropa de calle, se aseé y se ponga la ropa hospitalaria (ayudarle tanto en el cambio de ropa o aseo si el paciente no tiene plena autonomía para realizarlo).
- Pesar al paciente y registrar su peso en su historial.
- Tomar tensión arterial, temperatura y saturación de oxigeno antes de iniciar el proceso, durante el proceso y al finalizarlo, Dejando registrados todos los valores obtenidos en la historia del paciente.
- Estudio del equilibrio de líquidos al finalizar el proceso, es decir controlar la cantidad de líquidos suministrados y la cantidad de líquidos extraídos o expulsados a través de las micciones realizadas durante el proceso.
- Vigilancia constante tanto del paciente durante todo el proceso (cambio de color de la piel, sensación de mareo, etc.) como de acordonamientos del sistema o de la existencia de posibles desconexiones. Atendiendo en todo momento todos los aspectos psicosociales que se planteen.
- Ya finalizado el proceso ayudar al paciente al cambio de vestimenta (si no es autónomo), despedirse del paciente, recoger todo lo empleado con ese paciente , desinfectar todo el aparataje y prepararlo todo para que la cama o el sillón pueda ser utilizado por otro paciente. Una vez finalizado el proceso de diálisis recoger todo el material.

## 5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería) en el servicio de diálisis supone un gran punto de apoyo a los pacientes que están enganchados durante horas a una máquina. En algunas ocasiones el proceso (que normalmente se hace un día si y otro no) le supone un nivel de ansiedad elevado al paciente que ve como otros de sus compañeros han fallecido, o que está esperando un riñón para el trasplante y que nunca llega o que al compañero de al lado le han implantado uno y lo ha rechazado por eso debemos tener una gran capacidad de empatía con los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
2. https://www.auxiliar-enfermeria.com.
3. https://revistas-portalesmedicos.com.

4. https://apuntesauxiliarenfermeria.com.
5. https://www.revistarenal.org.
6. https://www.revistanefrologia.com/.
7. https://nefrocruces.com/2016/05/02/historia-de-la-hemodialisis/.
8. https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/que-es#::text=La%20insuficiencia%20renal%20significa%20que,los%20pies%20o%20los%20tobillos.
9. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007434.htm.

## Capítulo 183

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA IMPLANTACION DE UN MARCAPASOS EXTERNO TRANSITORIO.

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA

MERCEDES MADRID MONREAL

LUCIA RAMOS ADEVA

## 1 Introducción

Un marcapasos externo es un dispositivo que consiste en un generador de impulsos eléctricos y un cable electrodo que se coloca dentro del corazón. Es un dispositivo que hace las funciones eléctricas internas del corazón, debido a que no es capaz de mantener un ritmo cardiaco adecuado.

Es decir, sustituye al generador natural de impulsos eléctricos llamado nódulo sinusal o nódulo sinoauricular (SA) del corazón cuando este no funciona, lo hace de forma incorrecta, totalmente o bien en parte cuando el impulso no llega satisfactoriamente a los ventrículos.
Su implantación se realiza generalmente con carácter urgente en las unidades de cuidados coronarios, en aquellas ocasiones en las que el corazón no es capaz de mantener una frecuencia cardiaca adecuada y conlleva grave peligro para la vida del paciente.
Para colocar un marcapasos transitorio externo, el paciente permanecerá tumbado en posición de cubito supino y consciente, ya que es un procedimiento que rara vez requiere sedación total o general porque no es un proceso muy molesto. Se efectúa con anestesia local en condiciones de asepsia.
Se implanta a través de la vena yugular, pero si por algún motivo no se pudiera acceder por esta, también se podría hacer por la vena femoral o bajo la clavícula, en la vena subclavia.
Una vez canalizada la vía mediante un introductor se introduce a través de ella un catéter que lleva un electrodo en la punta y se denomina electro catéter, se trata de un cable muy largo, fino y flexible que se dirige hasta la punta del corazón, esto se realiza bajo el control de rayos x para ver la localización del electro catéter. La parte más distal del electro catéter se conecta a un generador externo que permite mediante unas ruletas alcanzar la frecuencia cardiaca deseada. Por este motivo, su implantación se hace en las unidades de Uci en la sala de angiografía.
Ante esta operación el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es primordial, ya que se encarga de recibir al paciente, tranquilizarlo, prepararlo para la intervención y asistir al personal que realice la implantación y suministrarle todo el material necesario.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en la implementación de marcapasos en la UCI.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

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

## 4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en todos los turnos, es el encargado de limpiar y suministrar todo el material e instrumental necesario para la implantación, en los almacenes de enfermería encontraremos todo lo necesario. En este apartado vamos a desarrollar el procedimiento que generalmente se suele seguir, pero antes vamos a enumerar unos puntos, ha tener en cuenta:

- Si el paciente se encuentra consciente lo debemos tranquilizar.
- Después se le informará del procedimiento que le vamos a realizar y se le pedirá su colaboración si puede.
- Revisaremos todas las posibles vías que traiga el paciente, así como sueros, drenajes, sondas y otras vías periféricas para que no entorpezcan nuestra labor o por si hay que retirarlas o cerrarlas.
- Preparar todo el material que vamos a utilizar para así evitar olvidar algo y tener que recurrir al compañero que posiblemente está ocupado con otro paciente.
- Preservar la intimidad del paciente colocando biombos.

Ahora vamos a proceder a enumerar el material que se debe utilizar:

Material:

- Empapador.
- Cepillo de clorhexidina.
- Compresas estériles.
- Clorhexidina alcohólica al 2%
- Seda
- Bisturí generalmente con hoja recta y del número 11.
- 2 o 3 jeringas de 10 ml.
- 1 Botella de Suero de 150 ml
- 1 Vial de Heparina
- Si el paciente no viene inconsciente o ya sedado, preparar anestésico local Mepivacaína al 2%
- 2 Agujas de cargar
- 2 Agujas intramusculares.
- 2 Botes de suero de 10 ml
- 1 cápsula o batea, también llamada riñonera.
- Un kit de bacteriemia 0 que contiene gasas, batas, guantes, sabanas y paños estériles

- Apósitos para fijar los cables del marcapasos.
- Gasas pequeñas estériles.
- Y sobre todo el set que tiene el introductor y el set del electro catéter.
- 1 maletín que contiene el marcapasos externo y las pilas de este.
- Una cinta para colgar en el palo de suero o en algún soporte alto el marcapasos externo.

A continuación vamos a describir el proceso a seguir:

1. Lo primero de todo hay que lavarse las manos, ponerse una bata no estéril y doble guante.
2. Lavar la zona de la inserción con el cepillo de clorhexidina, en círculo y de dentro hacia fuera.
3. Coger un bote de suero de 10 ml y echarlo, a chorro sobre la zona para arrastrar la clorhexidina, después secar con una compresa estéril, rociar la zona de clorhexidina alcohólica al 2% y cubrir la zona de la inserción con un paño estéril.
4. Después ayudar al intensivista a vestirse, darle el gorro, ponerle un traje de plomo, cerrarle la bata estéril y suministrarle el paquete de guantes ya abiertos para que los coja estériles.
5. Una vez que ya ha entrado en la sala del hagiógrafo junto con el enfermero colocan las sábanas y los paños estériles con los que cubren al paciente y la zona de la canalización, ajustan estos para que solo se quede al descubierto la zona que va a canalizar
6. Después verter el contenido del paquete del introductor y el electro catéter encima de la sabana estéril, echar un par de jeringas de 10 ml y unas agujas intramusculares, seguidamente, si el paciente está consciente o no sedado, abrir el bote de la anestesia, en este caso Mepivacaína al 2% y se pone boca abajo para que el intensivista la introduzca en la jeringa y cargue la anestesia.
7. Verter en la riñonera el suero de 150 ml previamente cargado con 1cc de Heparina.
8. Seguidamente, el intensivista busca la zona en la que tiene que anestesiar, introduce un abocath para buscar la vena y una vez que la encuentra y ve que circula sangre, introduce una guía metálica que va dentro de un dilatador de látex o polivinilo que es el introductor, seguidamente introduce el electro catéter y va buscando la punta del corazón. Una vez lo encuentra gracias al hagiógrafo, conecta la parte distal del electro catéter al marcapasos y el enfermero empieza a poner con las ruletas la frecuencia de las pulsaciones cardiacas que son necesarias para el buen funcionamiento del corazón del paciente.
9. Una vez el intensivista ha dado los puntos de sutura y ha cortado la seda, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería echa clorhexidina y el intensivista

limpia la zona de sangre residual con gasas estériles, después pone el apósito y pide el contenedor de punzantes para que vaya echando en él todo lo cortante, agujas bisturí guía.
10. El intensivista se marcha y el técnico recoge todo el quirófano del hagiógrafo, tira al contenedor todo, la bata, los paños y sabanas estériles las mete en el carro de la ropa sucia, si no tiene una infección por Azinetobacter ni Covid-19 o cualquier otra infección por aislamiento de contacto, si es este el caso van a unas bolsas rojas que se meten así en la lavadora industrial y que son para que no contaminen todo lo que tocan.
11. Por último, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se quita la bata, el gorro y los guantes y se lava las manos minuciosamente.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe garantizar que haya medicamentos, instrumentos, aparataje y material suficiente para la intervención del paciente. Ayudar al intensivista y a la enfermera en todas las técnicas que realicen, anticipándose a la técnica. Saber dónde está el material para ir a buscarlo rápidamente. El auxiliar de enfermería debe cumplir con exactitud las órdenes e instrucciones de sus superiores. Entusiasmo, delicadeza, paciencia y discreción, son bases fundamentales en el ejercicio de su profesión. Debe ser una persona práctica, ordenada y minuciosa, siguiendo un método en su trabajo, que le permitirá un mayor rendimiento y efectividad.

## 6 Bibliografía

1. Manual de la UCI del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.
2. Guía práctica de Enfermería en el Paciente Critico 4ª Edición del Hospital Universitario de Guadalajara del año 2018.
2. https:// www.astursalud.es_manual
de UVI Hospital de Cabueñes 2019.
3. https://www.scielo.org/es/
unidad de cuidados intensivos.
4. Protocolos de Auxiliares de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del HIC. Abril 2000.

Capítulo 184

# TÉCNICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA APOYAR LA EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

BÁRBARA MOLINA DÍAZ

ANA MARIA DE LA RUBIA RUIZ

SABELA OTERO RIAL

## 1 Introducción

Cuando hablamos de la EPOC (Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica) está asignada a un conjunto de enfermedades que provocan un impedimento en la circulación del aire lo que conlleva generar problemas respiratorios , algunos de los ejemplos son; enfisema y la bronquitis crónica es algunos de los casos también se da el asma.
Hablando más a fondo sobre la EPOC hay que decir que el primer boom que hubo fue en el año 1952, cuando en la ciudad de Londres se cubrió con una niebla de smog, concretamente el 5 de Diciembre en esa fecha cabe destacar que murieron mas de 4000 personas que adquirieron la enfermedad de bronquitis.

Fue una causa de EPOC cuando los pulmones y las vías respiratorias estuvieron expuestos por un largo periodo de esa nube lo que conllevó a una irritación que dañaron los pulmones y vías. En las personas el nivel normal de saturación de oxigeno varia entre el 95 % y el 100 %, un dato para aportar es que esos niveles pueden cambiar si las personas viven en una zona de más altura.
El grado de discapacidad que oscila una persona que sufre EPOC depende de como este avanzada la enfermedad y de las secuelas que halla sufrido, un grado normal de discapacidad puede tener un 33 % y cuando son más graves superan el 65%.
Unas de las principales causas que generan EPOC es el tabaquismo, dando lugar a que si la persona que lo padece lo recomendable es que deje de fumar para facilitar la recuperación. El auxiliar de enfermería el papel que tiene en esta enfermedad es fundamental se puede decir que trabaja tanto en la prevención como en la detección y el tratamiento de la enfermedad.

## 2 Objetivos

- Nombrar todos los cuidados que necesita un paciente con EPOC.
- Dar a conocer la enfermedad para concienciar a las personas.
- Citar todas las causas y factores que pueden provocar la enfermedad para que se puedan tomar prevenciones.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 resultado de este trabajo es dar a conocer el antes, durante y después de la enfermedad. Dado que la EPOC es una enfermedad que está muy presente sobre todo en personas que tienen una edad adulta presentando una de las causas como son la morbilidad y mortalidad.

Aunque a día de hoy tiene tratamiento y es una de las enfermedades que es reversible hay unos estilos de vida que hacen que aumente el riesgo de padecerla un ejemplo es el tabaco como hemos hablado anteriormente, cada vez son más las mujeres que lo están padeciendo por el simple echo de que hay más fumadoras.
A día de hoy hay una gran cantidad de planes con fines estratégicos para prevenir y manejar la enfermedad en las que han estado en funcionamiento hasta el día de hoy, todo esto sigue siendo todo un desafío.
Hay un proyecto realizado basado en la metodología Delphy en el que un conjunto de científicos los cuales era 17 neumólogos especializados en la enfermedad EPOC, después de varias reuniones y estudios que realizaron desarrollaron un cuestionario de 43 aseveraciones.
Estos cuestionarios marcaron unas tablas en los que realizaban unas consultas en las que entraba; Adhesión terapéutica, control de la EPOC, rasgos tratables de la EPOC y dispositivo de inhalación, con estas tablas recogían información para su posterior estudio.
De todos estos estudios que realizaban sacaron respuestas a sus estudios aunque hubo contradicciones pudieron sacar en claro sobre el manejo de estos pacientes y destacaron lo importante de las tablas que he nombrado anteriormente .
Nombrar también el trabajo realizado por los auxiliares de enfermería en todo este proceso y que mayormente estos pacientes son tratados principalmente se comienza el diagnostico y tratamiento en urgencias , ya que es el primer lugar donde acuden por su síntomas y gravedad.
La pruebas que se le van a realizar son las siguientes en primer lugar se va a recoger toda la información para determinar si la situación en grave o leve determinando así su historia clínica del paciente , a continuación, se le realiza una exploración física completa.
Análisis Sanguíneo esta prueba determina los parámetros de la patología junto con la espirometría que es la prueba más importante para realizar el diagnostico.
Todas estas pruebas son realizadas por el profesional responsable para recopilar toda la información para su posterior diagnostico el auxiliar en todo momento acompaña al personal de enfermería a la realización de la pruebas para apostarle la ayuda que necesitan.
Al paciente aparte de las pruebas que hemos nombrado se le realiza unas pruebas complementarias como son la Radiografía de tórax aquí determina si existe otro tipo de enfermedad en los pulmones ya que se obtiene una imagen clara, en esta prueba el auxiliar de enfermería acompañara al paciente para realizar la radiografía de tórax.
Pulsioximetría, aparato que se coloca en el dedo para determinar el oxigeno ,

el método de colocación de esta prueba la puede realizar el auxiliar ya que es aconsejada realizarlo en todos los pacientes con EPOC.
Tomografía computarizada de tórax, esta prueba se realiza en casos en los que son muy graves aquí se determina una imagen mas clara y detallada de los pulmones, el auxiliar acompañara al paciente para realizar la prueba.
Gasometría arterial, en este caso se realiza cuando son pacientes severos los cuales necesitan oxígeno en casa, aquí detalla información para determinar los niveles de oxigenación y niveles carbónico.
Unas de as últimas pruebas es poligrafía respiratoria y polisomnografía nocturna, esta prueba se recomienda realizarla cuando hay algún tipo de sospecha que pueda haber otro trastorno respiratorio del sueño un ejemplo es la apnea del sueño.
Existen otro tipo de pruebas que complementan a las anteriores las cuales son pletismografía y difusión pulmonar , prueba de esputo aquí extraen información sobre las funciones respiratorias o infecciones de bronquios o de pulmones.

## 5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que he llegado a través del presente trabajo y bajo la información que he recopilado de todas las páginas que cito a continuación que he visitado lo que me ha quedado claro de la importancia que tiene los planes de prevención en este tipo de enfermedades y que solo con el simple echo de cambiar un hábito como es el dejar de fumar puede evitarla.
Un buen plan ejecutado tanto el tratamiento que pone el profesional al paciente como unos buenos hábitos y antes y después de la enfermedad puede aportar una mejor calidad de vida, lo que conlleva reducir el riesgo de mortalidad.
En definitiva podemos decir que es una enfermedad prevenible, los técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ayudan mucho a la prevención, diagnóstico y tratamiento.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-enfermeros-a-un-paciente-con-epoc/.
2. https://www.formazion.com/auxiliar-de-enfermeria-en-cuidados-pacientes-con-patologia-respiratorias-en-urgencias-online-197684_q08.html.

## Capítulo 185

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS COMETIDOS FRENTE A LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CRISTINA CROITORU GROZA

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

## 1 Introducción

Los pacientes que reciben atención domiciliaria o que están hospitalizados en centros sanitarios pueden desarrollar úlceras por presión, lo cual es un problema común en el ámbito de la salud. Estas lesiones pueden resultar incómodas y afectar negativamente a la calidad de vida de los pacientes.
La prevención, reconocimiento y tratamiento de las úlceras por presión en el ámbito sanitario requiere que todo el personal médico, incluidos los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería, reciba formación en estas áreas.

Una evaluación exhaustiva del riesgo de cada paciente es el primer paso en la lucha contra las úlceras por presión en el ámbito médico. Es necesario considerar factores como la movilidad del paciente, su flexibilidad, su estado nutricional y la presencia de enfermedades crónicas.
Tras una evaluación del riesgo, se deben implementar las medidas preventivas adecuadas, incluidos cambios frecuentes de posición, almohadas de posicionamiento, colchones y cojines específicos y programas de movilidad temprana.
La formación del personal en la detección precoz de las úlceras por presión es crucial en el ámbito sanitario. Para encontrar signos tempranos de lesión, son necesarios exámenes cutáneos de rutina del paciente. La lesión debe tratarse de inmediato para evitar que empeore si se encuentra una úlcera por presión.

## 2 Objetivos

Enumerar las funciones a realizar por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con la prevención y cuidados de las úlceras por presión.

## 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

Hemos podido comprobar en los estudios que hemos examinado que en los cuidados prestados por los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería las úlceras por presión, también conocidas como úlceras por presión o escaras, son heridas en la piel y en los tejidos blandos subyacentes que se producen cuando se aplica una presión prolongada sobre una área determinada del cuerpo. Es fundamental que se cuente con formación tanto en la prevención como en el tratamiento de las úlceras por presión como técnico de enfermería de cuidados auxiliares.
Seguidamente, se enumerarán algunas consideraciones a tener en cuenta:

• Educación: Los pacientes y sus cuidadores deben estar informados sobre cómo prevenir las úlceras por presión. Para prevenir lesiones, esto implica instruirles sobre cambios de posición seguros y técnicas de cuidado de la piel.
• Tratamiento: Dependiendo de la gravedad de la lesión, se utilizan diferentes tratamientos para las úlceras por presión. Por lo general, la zona afectada debe mantenerse limpia y seca, y se deben aplicar apósitos especiales para las úlceras por presión. Si la lesión es grave, es posible que se requiera un tratamiento más agresivo, como el desbridamiento del tejido necrótico.
* Prevención: La mejor manera de prevenir el desarrollo de úlceras por presión es mediante la prevención. Para lograr esto, es fundamental asegurarse de que los pacientes mantengan una buena higiene y sean realineados con frecuencia para aliviar la presión en áreas sensibles. Además, es fundamental asegurarse de que los pacientes reciban suficiente comida y agua.

• Reconocimiento: Es fundamental que los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería reciban formación en el reconocimiento precoz de las úlceras por presión. Deben centrarse en las partes del cuerpo más susceptibles a estas lesiones, como los talones, los codos, las nalgas y la espalda. Notificar al personal de enfermería de inmediato es fundamental si se encuentra una úlcera por presión para que se pueda tratar la lesión.

## 5 Discusión-Conclusión

Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería deberían estar formados en la prevención, reconocimiento y tratamiento de las úlceras por presión, según hemos podido deducir de la bibliografía revisada.
El riesgo de que se produzcan estas lesiones se puede reducir educando a los pacientes y a quienes los cuidan sobre cómo prevenirlas.
En el ámbito sanitario, los apósitos especiales, el desbridamiento del tejido necrótico y la administración de antibióticos forman parte del tratamiento de las úlceras por presión. La prevención de las úlceras por presión y un buen cuidado de la piel son otras cosas que los profesionales sanitarios deben enseñar a los pacientes y a quienes los cuidan.

## 6 Bibliografía

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

2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 186

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES CON EL PACIENTE QUEMADO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

RAQUEL GARCIA PICAZO

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

CRISTINA CROITORU GROZA

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

## 1 Introducción

Las quemaduras son menos frecuentes ahora que antes, pero las lesiones que causan siguen siendo habituales y graves, y provocan más de 3.000 muertes al año. Además, 45.000 pacientes quemados necesitan atención médica cada año; se ha determinado que de estas, el 44% son causadas por lesiones por incendio, el 33% por quemaduras, el 9% por contacto con objetos calientes, el 4% por quemaduras eléctricas y el 3% por quemaduras químicas.

Las heridas relacionadas con quemaduras requieren atención médica costosa y son de la mayor gravedad. La piel es uno de los órganos más grandes del cuerpo y tiene dos capas principales, la epidermis y la dermis, que están separadas por

una membrana basal. Tiene muchas funciones, incluida la de servir como barrera contra daños. Las quemaduras que eliminan o destruyen por completo la piel y sus apéndices pueden tener graves repercusiones, entre ellas infecciones, un sistema inmunológico debilitado como consecuencia de la pérdida de líquidos y alteraciones en la apariencia y la imagen corporal. Su atención está a cargo de varios profesionales médicos, en un equipo multidisciplinar, incluido un auxiliar de enfermería que respaldará su plan como miembro esencial del equipo de enfermería de la unidad de quemados de los hospitales

## 2 Objetivos

Enumerar las funciones del personal de enfermería y técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de quemados de los centros hospitalarios.

## 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

Uno de los actores clave en el cuidado de pacientes quemados es un auxiliar de enfermería. Los pacientes quemados presentan una serie de características que dificultan el tratamiento, entre ellas dolor, deformidad de la zona quemada, problemas de movilidad y otros problemas psicológicos (ansiedad, problemas depresivos e inseguridad a la hora de reintegrarse a la vida diaria). Esto está respaldado por una revisión de numerosos artículos científicos. El auxiliar de enfermería debe abordar una variedad de cuestiones al ayudar con el cuidado de estos pacientes.

Dependiendo de estas variables, la lesión puede variar desde un problema menor y no especialmente grave hasta una pérdida importante de piel. A modo ilustrativo, deben comprender el alcance de la lesión, o la profundidad de la quemadura provocada por la exposición de la zona al calor durante cuánto tiempo y con

qué intensidad. Para administrar los tratamientos adecuados, es necesario evaluar con precisión la gravedad de estas quemaduras en cuanto a su profundidad y extensión de su extensión sobre la piel. La ”regla del nueve” está vigente aquí y consiste en:

Divida el cuerpo en zonas de un tamaño del 9 por ciento y sus múltiplos: el cuello y la cabeza, 9 por ciento cada uno; el tórax y el abdomen, 18 por ciento; la espalda, otro 18 por ciento; el brazo, 9 por ciento; las piernas (donde incluimos el pie y las nalgas), 18 por ciento; y las zonas genitales, el 1 por ciento.

Existen tres grados diferentes relacionados con la profundidad de la lesión en función de la gravedad: el primer grado se reserva para quemaduras que sólo afectan a la capa externa de la piel y se acompañan de dolor, hinchazón y enrojecimiento, pero no tienen ningún efecto secundario grave. Cicatrices de tercer grado, que afectan las capas más profundas de la piel y pueden tener efectos graves a largo plazo, incluido el descubrimiento de que la piel puede adormecerse debido a la muerte celular; cicatrices de segundo grado, que pueden dejar cicatrices. La edad, la condición física y los antecedentes de otras enfermedades son solo algunas de las variables que pueden ayudar o perjudicar la recuperación de una persona.

Las quemaduras requieren una importante reposición de líquidos por vía oral o intravenosa, por lo que esto debe tenerse en cuenta. La ropa se debe quitar gradualmente con agua o solución salina porque normalmente se pega. Además, los pacientes quemados con frecuencia experimentan un dolor insoportable, por lo que es fundamental descartar cualquier alergia u otras afecciones que puedan impedirles recibir el tratamiento antes de continuar.

Además, los auxiliares de enfermería deben ser conscientes de que las quemaduras desencadenan reacciones hipermetabólicas porque se elimina el calor, lo que requiere la adición de nutrientes para detener la descompensación. La auxiliar de enfermería será responsable también de la alimentación de estos pacientes, en el entendido de que la alimentación La terapia parenteral se inicia en pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado, particularmente en estos últimos, después de un correcto manejo del equilibrio hidroelectrolítico. Con la esperanza de que de la herida supure un líquido amarillento, también estarán atentos a las intervenciones médicas. Las quemaduras deben limpiarse al menos dos veces al día con antisépticos como la clorhexidina. hasta que cese el sangrado y comience la curación.

La recuperación psicológica del paciente también será responsabilidad de la auxiliar de enfermería, en la medida que sus funciones lo permitan, ya que una quemadura requiere nuevos aprendizajes y nuevas habilidades.

## 5 Discusión-Conclusión

Debido al alto nivel de ansiedad que suelen mostrar los pacientes quemados, así como a sus inseguridades y desafíos para regresar a sus actividades normales una vez finalizados los tratamientos, tratar y cuidar a los pacientes en las unidades de quemados puede ser un desafío. Como resultado, los TCAE son responsables de brindar a los pacientes una atención rápida y adecuada que se adapte a sus necesidades únicas, ayudando a los pacientes no solo con su recuperación física sino también con su regreso a su vida normal y transmitiéndoles nueva información y capacidades para el éxito futuro. Por todo lo anterior, este profesional debe haber recibido suficiente capacitación en el manejo de pacientes quemados, incluyendo familiaridad con la naturaleza, gravedad y efectos psicológicos de las condiciones.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/relacion-tcae-paciente/.

## Capítulo 187

# ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON PACIENTE QUE PRESENTA HIPOTERMIA

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

TANIA DURAN CARRASCO

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

## 1 Introducción

En España muren aproximadamente 1.046 personas por hipotermia. Pero, ¿qué es la hipotermia? La hipotermia es la pérdida del calor corporal más rápido que se produce, quedando por debajo de los 35ºC.
El cuerpo humano tiene una especie de termostato incorporado que hace que la temperatura corporal esté constantemente entre los 36.5 y los 37ºC, cuando la temperatura corporal desciende de estos valores el cuerpo humano y los órganos que lo componen deja de funcionar correctamente, se pasa del frío en los dedos de las manos y/o pies a la hipotermia donde órganos vitales como el corazón, pulmones y cerebro dejan su normal funcionamiento y producen insuficiencia

cardiaca, insuficiencia respiratoria o parada cerebral (patologías que llevan a la persona que la padece hasta la muerte).
En la hipotermia se pueden distinguir tres grados:
- Se habla de una hipotermia leve: cuando la temperatura corporal se queda entre 32-35º C.
- Se habla de una hipotermia moderada: cuando la temperatura corporal se queda entre 30- 32 º C.
- Se habla de una hipotermia grave: cuando la temperatura corporal se queda por debajo de 30º C.
Las principales causas que originan la hipotermia son:
- Exposición prolongada a frío.
- Inmersión en agua fría.
- No estar equipado de la ropa adecuada a baja temperatura a la que se está sometido.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
Poner en conocimiento las normas básicas de actuación con paciente que presenta hipotermia en algunos de sus distintos grados.
Objetivo secundario:
Poner en conocimiento de la diferente sintomatología de los pacientes con hipotermia leve, moderada y grave.

## 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: hipotermia, clasificación de la hipotermia en función de su gravedad, causas que originan una hipotermia, sintomatología del paciente con hipotermia en función de su grado y normas básicas de actuación ante un paciente con hipotermia.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: hipotermia, clasificación de la hipotermia en función de su gravedad, causas que originan una hipotermia, sintomatología del paciente con hipotermia en función de su

grado y normas básicas de actuación ante un paciente con hipotermia, artículos en castellano que como máximo de vida de 5 años.

## 4 Resultados

Sintomatología de personas que tienen hipotermia:
- Tener escalofríos (reacción fisiológica del cuerpo a la sensación de frio), el cuerpo empieza a templar para producir energía y combatir así la disminución de la temperatura corporal (Se da en pacientes con hipotermia leve).
- Hipertensión arterial (se da en pacientes con hipotermia leve).
- Incremento de diuresis (se da en pacientes con hipotermia leve).
- Inicio de la hipertonía muscular, alteración que hace que los músculos se queden tensos y rígidos (se da en pacientes con hipotermia moderada).
- Hablar de forma entrecortada o arrastrando palabras (se da en pacientes con hipotermia moderada).
- Empezar a respirar lenta y superficialmente (se da en pacientes con hipotermia moderada).
- Empezar a tener el pulso débil, es decir, menos de 60 pulsaciones por minuto (se da en pacientes con hipotermia moderada).
- Falta de coordinación en movimientos (se da en pacientes con hipotermia moderada).
- Disminuye la motilidad intestinal y, por tanto, el paso de los alimentos (se da con pacientes con hipotermia moderada)…
- Presentar somnolencia (hipotermia moderada).
- Disminución extrema de las constantes vitales(tensión arterial casi indetectable, pulsaciones por minuto de 30 a 40, arritmias graves o paro cardiaco, e ir disminuyendo el nivel de consciencia hasta su pérdida total)Perder el conocimiento (se da en paciente con hipotermia grave).

Dentro de las normas básicas de actuación en pacientes con hipotermia caben destacar:
- Si tiene ropa mojada, se le quitará, si es posible se le dará un baño con agua caliente, se le pondrá ropa seca y se le abrigará con mantas, dejándolo de forma horizontal y en zona cálida carente de corrientes, todo ello con movilizaciones lentas y suaves.
- No se le administrarán ningún tipo de bebida alcohólica.
- Si es necesario, se iniciarán cuantas medidas sean necesarias de reanimación o soporte básico, que no se interrumpirán hasta que lleguen los servicios sanitarios.

## 5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para poder desempeñar con calidad sus funciones debe conocer cualquiera de los síntomas que presenta un paciente con hipotermia (en sus diferentes grados de afectación) y las normas básicas de actuación. Normas básicas que también puede verse obligado a utilizar fuera del ámbito sanitario hasta que lleguen los servicios sanitarios para continuar con la actuación.
Por ejemplo, no saber que no se debe administrar bebidas alcohólicas y hacer caso del dicho popular de que el alcohol calienta el cuerpo, supondría que haríamos que los vasos sanguíneos se expandieran y produjeran la bajada de temperatura corporal más rápidamente.

## 6 Bibliografía

1. Wikipedia.
2. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. https://www.auxiliar-enfermeria.com.
https://revistas-portalesmedicos.com
3. https://apuntesauxiliarenfermeria.com
https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682#::text=Descripci%C3%B3n%20general,6%20%C2%BAF%20(37%20%C2%BAC).
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000038.htm.

## Capítulo 188

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER SHALDON Y SU CONEXIÓN A UN HEMOFILTRO

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA

MERCEDES MADRID MONREAL

LUCIA RAMOS ADEVA

## 1 Introducción

La UCI es una zona del hospital que se ubica de forma independiente, pero que a su vez tiene un acceso rápido y directo del resto de los demás servicios del hospital.
Su dinámica debe ser el trabajo en equipo, las actividades deben centrarse en el paciente. De esta manera se le proporcionará unos cuidados especiales según sus necesidades vitales, que por regla general suelen ser muy graves. En esta

unidad el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene una labor primordial porque es tanto el asistente del enfermero como del intensivista y juntos deben conformar un equipo de gran eficacia ante situaciones límite.
El catéter Shaldon es un catéter central no tunelizado, que el médico inserta con técnica estéril en una vena de gran calibre, puede ser(Femoral), (Yugular) y a veces si por las anteriores no puede (Subclavia) puesto que conducen gran cantidad de sangre y permiten que se realice una adecuada Hemodiálisis, que es la finalidad que tiene la inserción del Shaldon. Dicho catéter tiene dos luces: la arterial (de color rojo y por donde se extrae la sangre hacia el monitor de Hemodiálisis) y la venosa (de color azul y por donde entra de nuevo al cuerpo, una vez depurada). Pese a que una de las luces se la denomina ”arterial”, el circuito que se utiliza es veno-venoso, es decir, ambas luces están ubicadas en una vena.

## 2 Objetivos

- Nombrar el material necesario para la técnica.
- Explicar el procedimiento del lavado estéril de la zona en la que se realice la cateterización, así como y de qué manera ayuda a su equipo.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han visitado páginas de Internet como Google académico, revista de enfermería, así como numerosos manuales y protocolos de UCI y de Críticos de distintos Hospitales como el de Alicante, páginas de Internet de enfermería en Uci, cuidados del paciente receptor de hemodiálisis urgente en Uci y que se expondrán en la bibliografía.

## 4 Resultados

Vamos a explicar que condiciones debe reunir una vena para poder insertarle un catéter Shaldon y los lugares anatómicos donde se puede coger. Como norma general se debe cumplir una serie de condiciones:
- Garantía de provisión de sangre venosa en las regiones distales al punto de punción.
- Fácil canalización.
- Mínimo daño tisular.
- Posibilidad de cohibir una eventual hemorragia en el punto de punción.

- Mínima limitación funcional para el paciente.
-Reducidos cuidados de mantenimiento.

La canalización del Shaldon se puede hacer en las siguientes venas:

- Vena Femoral-(SHALDON)- Es el catéter provisional que más se usa en pacientes que precisan Hemodiálisis urgente.
- Vena Yugular interna: Se utiliza en pacientes con dificultad para canalizar la vena femoral.
- Vena Subclavia: Tiene mayor riesgo de complicaciones mecánicas (estenosis, trombosis, etc.). Se intenta evitar para preservar venas por futuras fístulas. Se utiliza como último recurso cuando no se puede acceder por ninguna de las otras dos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el encargado de suministrar todo el material necesario tanto para la inserción del Shaldon como de todo lo necesario para montar el hemofiltro.

Seguidamente, enumeraremos todo el material necesario para ambos:

Material a preparar:

- Carro de vías
- Catéter tipo shaldon:
- Recto para femoral (corto o largo).
- Curvo para yugular (corto o largo).
- Dolphin.
- Gorros y mascarillas.
- Bata y guantes estériles.
- Paños y sabana estéril.
- Compresa.
- Gasas estériles.
- Clorhexidina solución alcohólica al 2%.
-Jeringa de 10cc.
- Aguja de cargar (roja).
- Agujas intramusculares (verde) o subcutáneas (naranja).
- Anestésico local (mepivacaina).
- Seda 2-0 recta.
- Bisturí nº 11.
- Batea.
- Suero de 150 ml cargado con 1cc de heparina.
- Apósito en forma de saco especial para el catéter Shaldon.
- Contenedor de objetos punzantes.

Para montar el Hemofiltro necesitamos, según nos lo pidan, si va a ser con carga de heparina o de citrato:

Material a preparar si es con heparina:

- Consola hemofiltro.
- Set o cassette.
- Prontoprime.
- Jeringa de 50cc hemofiltro.
- Líquido Hemosol BO.
- Bolsa de efluente.

RETIRADA DE HEMOFILTRO:

- Heparina sódica al 5%.
- Guantes estériles.
- Clorhexidina alcohólica al 2%.
- 2 bránulas o 2 tapones rojos.
- Agujas de cargar (roja).
- 2 paquetes de gasas.
- 2 jeringas de 2cc.
- 2 jeringas de 10cc.
- 2 sueros.
- Cubo de residuos bolsa roja.

Material a preparar si es con citrato:

- Consola hemofiltro.
- Set o cassette.
- Prontoprime.
- Jeringa de 50cc hemofiltro.
- Línea de Calcio.
- 5 ampollas de 10ml de Cloruro Cálcico.
- Bolsa de efluente.

Líquidos:

- Hemosol BO.
- Prísmocal B22.
- Prismocitrate 18/0.

RETIRADA DE HEMOFILTRO:

- Heparina sódica al 5%.
- Guantes estériles.
- Clorhexidina alcohólica al 2%.
- 2 bránulas o 2 tapones rojos.
- Agujas de cargar (roja).

- 2 paquetes de gasas.
- 2 jeringas de 2cc.
- 2 jeringas de 10cc.
- 2 sueros.
- Cubo de residuos bolsa roja.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encarga como hemos visto de buscar todo este material, prepararlo y de asistir en todo el proceso tanto al médico, vistiéndolo de forma estéril, como al enfermero, al igual que al paciente, el cual tiene que lavarle y desinfectarle toda la zona con clorhexidina alcohólica al 2% y al mismo tiempo tranquilizarlo si se pone nervioso, ya que es una técnica un poco aparatosa.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este proceso es muy importante porque aligera la labor tanto del médico como del enfermero, es una técnica aséptica y en situaciones de estrés como las que se viven en la unidad de cuidados intensivos la agilidad para preparar todo el material, preparar al enfermo, al médico y tener todo en el campo estéril a la mayor brevedad posible y en tiempo récord juega un papel muy importante para la vida del paciente. Debe de ser un profesional muy preparado, competente y sagaz para en tiempo récord tener todo el material y el aparataje listo, atender al paciente, prepararlo para la intervención y asistir a sus compañeros de equipo en todo el proceso.

## 6 Bibliografía

1.Para este trabajo se ha consultado el manual de protocolos del TCAE de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Virgen de la luz de Cuenca.
2. Páginas de Internet como:
3. hppst://www.medineplus.gov.
4. https:// www.hospitalreyjuancarlos.es.
5. https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com.
6. Manual de Críticos 2ª Edición del Hospital Universitario de Alicante.

## Capítulo 189

# PACIENTES CON DEPRESIÓN POSTPARTO: CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

## 1 Introducción

La depresión postparto es un trastorno emocional que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Aunque el parto es un momento de alegría, muchas mujeres experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad, fatiga y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, así como cambios en el apetito y el sueño. La depresión postparto no es un problema de debilidad personal, ni algo que se pueda superar fácilmente. Es un trastorno de salud mental que puede tener graves consecuencias para la madre, el recién nacido y la familia en general.

La depresión postparto puede afectar a mujeres de cualquier edad, raza, cultura o estatus socioeconómico. Se estima que entre el 10% y el 20% de las mujeres experimentan depresión postparto después del parto, aunque muchas mujeres

no hablan de sus síntomas debido al estigma y la vergüenza asociados con la depresión.
Es esencial que los profesionales de la salud estén preparados para identificar y tratar la depresión postparto. Los enfermeros tienen un papel importante en la evaluación y el manejo de este trastorno, ya que son los profesionales que tienen el contacto más cercano con las madres y los recién nacidos. Los enfermeros pueden proporcionar información, apoyo emocional y enseñar técnicas de afrontamiento a las madres. Además, pueden colaborar con otros profesionales de la salud, como psiquiatras y trabajadores sociales, para brindar un enfoque integral en el manejo de la depresión postparto.

## 2 Objetivos

Analizar la importancia de la evaluación y el manejo adecuado de la depresión postparto por parte de los enfermeros.
Destacar la necesidad de la prevención y la identificación temprana 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

El manejo y la evaluación de la depresión postparto es un tema crucial en el cuidado de la salud materna y del recién nacido. La depresión postparto es un trastorno emocional que afecta a las mujeres después del nacimiento de un hijo y puede tener graves consecuencias para la madre y su familia.
Para evaluar y manejar la depresión postparto, los enfermeros deben estar capacitados en la identificación temprana de los síntomas y factores de riesgo asociados. La evaluación puede incluir preguntas sobre el estado de ánimo, el sueño, el apetito, el nivel de estrés y la relación con el bebé. También es importante evaluar

los antecedentes médicos, el apoyo social y las experiencias de la madre durante el embarazo, el parto y el posparto.
El manejo de la depresión postparto puede incluir una combinación de terapia, medicación y apoyo emocional. La terapia puede ser individual o en grupo y puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia de apoyo. La medicación puede incluir antidepresivos, que pueden ser seguros durante la lactancia, aunque siempre debe haber una discusión entre la madre y su médico acerca de los beneficios y los riesgos potenciales.
El apoyo emocional es crucial en el manejo de la depresión postparto. Los enfermeros pueden proporcionar información y educación sobre el trastorno, así como enseñar técnicas de afrontamiento y habilidades para el cuidado del bebé. Los grupos de apoyo pueden ser útiles para las mujeres que están experimentando la depresión postparto, ya que proporcionan un espacio seguro para compartir experiencias y recibir apoyo.
Es fundamental tener en cuenta que la prevención de la depresión postparto es esencial. El apoyo emocional durante el embarazo, el parto y el posparto puede ayudar a reducir el riesgo de depresión postparto. También es importante educar a las mujeres sobre los síntomas y los factores de riesgo asociados con la depresión postparto y fomentar el autocuidado de la madre.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es evidente que la depresión postparto es un trastorno emocional importante que requiere una atención cuidadosa y sensible por parte de los enfermeros. La evaluación y el manejo adecuado de la depresión postparto son fundamentales para prevenir graves consecuencias para la madre y su familia.
Los enfermeros deben estar capacitados en la identificación temprana de los síntomas y factores de riesgo asociados con la depresión postparto, así como en el manejo adecuado del trastorno. La evaluación cuidadosa y la intervención temprana pueden ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las madres y sus familias.

## 6 Bibliografía

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

4. Asociación Española de Pediatría. Depresión posparto. https://www.aeped.es/comite- lactancia-materna/ documentos/depresión-posparto.
5. Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME). (2017). Guía práctica para la atención de la depresión postparto en enfermería. http://aeesme.com/
wp-content/uploads/2017/01/Guia-Depresión-Postparto-AEESME.pdf.

## Capítulo 190

# ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON CÁNCERES ORALES

MARIA GOMEZ GOMEZ

CLARA ROMERO GARCÍA

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA

## 1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud describe el cáncer como un amplio grupo de enfermedades que afectan a todas las partes del cuerpo. El cáncer se ha convertido en un problema de salud mundial y puede ser una de las principales causas de muerte. Las células con propiedades cancerosas fuera de posible control en organismos de origen multicelular proliferan excesivamente por mitosis, se propagan anormalmente más allá de los niveles normales e invaden partes vecinas del cuerpo y se propagan a otros órganos. Se originan a partir de una sola célula y eventualmente sufren mutaciones que pueden alterar el programa de crecimiento normal. El cáncer bucal es un problema grave y creciente en todo el mundo. La edad habitual y más común son personas mayores de 50 años, pero en otros lugares del mundo es más común en hombres que en mujeres. Esto se debe a los hábitos no saludables y una gran exposición al sol inherentes a algunas ocupaciones. Es una enfermedad en la que pueden relacionarse a múltiples factores

como el consumo de tabaco y alcohol , principales causas de su desarrollo, pero se puede prevenir evitando los factores de riesgo asociados que pueden aumentar las posibilidades de padecer la enfermedad, también se puede evitar realizando revisiones dentales anuales.

## 2 Objetivos

Conocer el papel de enfermería ante los cánceres orales.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El desarrollo del cáncer en el ser humano puede ser un proceso largo y complejo donde ha ido sucediendo al cabo de los años. La carcinogénesis se considera el mecanismo por el cual los tumores se convierten en neoplasias en formas malignas.

Los mecanismos moleculares implicados en el desarrollo del cáncer se han estudiado intensamente en la última década, como la detección molecular del marcador antiapoptótico bcl-2 o el marcador proapoptótico caspasa 3 y los marcadores de proliferación celular Ki-67 que pueden informar sobre la condición grave del cáncer del paciente respecto al proceso oncológico.

De esta forma, varios autores observaron que las alteraciones de estas proteínas se suman al estado premaligno de las células epiteliales para crear un estado hiperproliferativo en las células que favorece la adquisición de errores oncogénicos que confieren capacidades invasivas. Las células están constantemente amenazadas por diversos factores citotóxicos y mutagénicos que dañan el ADN y pueden clasificarse en endógenos o exógenos. Esta mutagénesis se adquiere cuando los genes y proteínas detectados, así como la reparación del ADN, pueden inactivarse, convirtiendo las células en mutagénicas. La descendencia mutante

puede crecer demasiado, ya que la apoptosis es también el proceso de eliminación de células inactivas.
La diferencia entre las células normales y las células tumorales son los estímulos mitogénicos, lo que significa que la proliferación celular normal depende de factores de crecimiento externos al entorno circundante, mientras que las células tumorales tienden a reducir la dependencia debido a la actividad de los oncogenes para generar su propia estimulación.
De las diferentes observaciones sugieren que muchas, si no casi todas, las células tumorales poseen algunos cambios fisiológicos, denominados habilidades adquiridas, y que son suficientes para explicar el comportamiento maligno característico de las células cancerosas, ya que incluyen cosas tales como la capacidad de evitar la apoptosis y la capacidad de invadir y metastatizar.

## 5 Discusión-Conclusión

Finalmente, el riesgo de cáncer bucal puede aumentar con la edad, especialmente en pacientes mayores de 50 años. Los factores de riesgo como el tabaco, el alcohol o las úlceras pueden ser graves y la genética o ciertos tipos de bacterias pueden aumentar las posibilidades de desarrollar la enfermedad. El diagnóstico puede iniciarse más precozmente ya que mejora los resultados en estos pacientes, y se recomienda la exploración de la mucosa bucal por parte de odontólogos y médicos de atención primaria, teniendo en cuenta los diversos riesgos y posibilidades de biopsia de las posibles lesiones. Puede permanecer en la boca por más de dos semanas.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 191

# EL PACIENTE CON ALZHEIMER Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

## 1 Introducción

La enfermedad que conduce a la demencia con mayor frecuencia en las personas mayores es el Alzheimer. Al principio, es un proceso muy lento, el cual primero afecta el área del cerebro que maneja el pensamiento, el habla y la memoria. A medida que avanza la enfermedad de Alzheimer, las personas pueden perder el contacto con sus familiares más cercanos. Estos son algunos síntomas:

• La pérdida de la memoria a corto y largo plazo es el problema principal.
• Cambios de comportamiento, incluyendo depresión, apatía, ansiedad e irritabilidad.
• Problemas de orientación y concentración.
• Una disminución de la energía.
• Problemas para completar las actividades de la vida diaria.
• Dificultades en el lenguaje hablado y escrito.
• Habilidades motoras que están deterioradas (como caminar y subir escaleras).

Es en estas situaciones donde la labor del celador es más crucial porque no suelen ser necesarios los tratamientos farmacológicos.
Los pacientes de Alzheimer suelen tener dificultades para vestirse y quitárselo, lo que hace que sea una actividad costosa para ellos. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente usar ropa sin botones (el velcro es el mejor sustituto) y usar pantalones con un diseño sin cinturón.
La capacidad de movimiento de los pacientes se reduce significativamente en estadios avanzados de la enfermedad, y aquí es donde el trabajo del celador adquiere una importancia crítica.

## 2 Objetivos

- Considerar la importancia de las limitaciones y debilidades del paciente que sufren los pacientes con Alzheimer.
- Demostrar la importancia del papel del celador en esta enfermedad.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y de artículos en las principales bases de datos y Google.

## 4 Resultados

Dado que los celadores necesitan diferentes tipos de técnicas y asistencias adaptadas al correcto manejo de los pacientes que padecen esta patología, se establece para ellos un protocolo de actuación especial.
Incluye las siguientes funciones:
1. Crear un entorno basado en la rutina y la coherencia para que el paciente pueda seguir funcionando con normalidad a pesar de sus limitaciones.
2. Intentar evitar corregir al paciente varias veces el mismo día puede ser frustrante porque puede olvidar las correcciones anteriores.
3. Para evitar la depresión, es fundamental identificar e informar cualquier señal de advertencia.

4. Es fundamental que los pacientes se sientan cómodos y en un entorno tranquilo. Para hacer esto, seguir las reglas diarias, fotografías, lectura de libros, musicoterapia y arteterapia, actividad física, etc. posiblemente útiles.
5. El paciente recordará para qué sirven si se rotulan los elementos de la habitación donde se encuentran.
6. Pueden ayudarlo a determinar la fecha correcta usando un calendario y un reloj para desplazarse por los días anteriores al actual.
7. Es fundamental tratar a las personas con cortesía y amabilidad. Una voz clara, de bajo volumen y con la entonación correcta también es crucial.
8. Cada vez que ingrese a la habitación, debe presentarse al paciente y mirarlo a los ojos mientras habla.
9. Se tendrán en cuenta el lenguaje corporal, las expresiones faciales y otros comportamientos no verbales.
10. Las indicaciones para la realización de las actividades deben ser claras y no excesivamente complejas. Las tareas grandes deben dividirse en hitos manejables para que sean más fáciles de comprender.
11. Asegurarse siempre de que el paciente se sienta incluido en la discusión.
12. Con el paciente, retroceda en el tiempo y ayúdelo a recordar experiencias pasadas.

## 5 Discusión-Conclusión

La combinación de todos los factores anteriores hace que la puesta en práctica de este protocolo disminuya las molestias que experimentan los pacientes de este tipo, cuya primera interacción suele ser con los celadores. Además, estos pacientes suelen quedarse más tiempo de lo habitual ingresados en un centro hospitalario, lo que les ayudará a relajarse y promover la claridad mental. Además, esto haría más efectiva la comunicación verbal o no verbal con el paciente. Entonces podríamos comprender mejor sus requisitos a la luz de los diversos niveles de gravedad de esta enfermedad y ejercer control sobre cualquier factor de riesgo ambiental.

## 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 192

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

CLAUDIA MEDINA CARO

## 1 Introducción

El desarrollo de la salud comunitaria es relativamente reciente porque hasta hace unas décadas solamente se trataba de curar cuando se padecía una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud con la carta de Otawa trata de promover la salud pública para poder atender a la comunidad y potenciar la salud de cada uno de los individuos con hábitos saludables. El equipo de enfermería del que forman parte los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debe hacer frente a este nuevo sistema de atención sanitaria que promueve salud y previene la enfermedad. Gracias a esta nueva orientación que intenta luchar contra las desigualdades que existen. Los principios de la salud comunitaria surgen con la carta de Otawa pero su regulación se debe a la declaración de Alma – Ata que realiza la primera asamblea sobre atención primaria en base al famoso informe Lalonde que trazaba cuatro ámbitos básicos para el desarrollo de la salud comunitaria siendo el año 2000 clave para la lucha de salud pública y comunitaria.

El papel que debe desarrollar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es necesario para promover la salud comunitaria y se ha ido desarrollando con el paso del tiempo formación no continuada que ayuda a ejercer las funciones en salud comunitaria.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es enumerar las responsabilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la Salud Comunitaria, además de poder describir la estructura de la salud comunitaria.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Para lograr que dentro de una comunidad exista un equilibrio es necesario que exista un equipo de atención primaria que se inserta en la sociedad para lograr que haya salud comunitaria. Para que estos equipos sean efectivos y ofrezcan una atención de calidad e integral es preciso que los sistemas sanitarios creen una estructura y organización para que la conferencia de Alma – Ata se haga realidad. Los equipos de atención primaria entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería van a tratar de proteger a una comunidad por medio de programas educativos que promueven el aprendizaje de hábitos saludables que potencian la salud. Es cierto que los cambios saludables en una comunidad no son rápidos, sino que se gestan paulatinamente y se precisa de mucho esfuerzo y compromiso por parte de los equipos de atención primaria y de la propia comunidad. Las funciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene en los equipos de atención primaria son las siguientes: - Acompañar a los pacientes que acuden a los centros de salud. - Ayudar a los pacientes que no son independientes a desvestirse, a subir escaleras, al uso del ascensor, etc. -

Recoger las llamadas de teléfono. - Mantener el orden y la limpieza las consultas de atención primaria. - Reponer el material necesario. - Asistir a la enfermera en las curas que realiza. - Participar en los programas educativos. - Controlar la temperatura de las neveras que contienen vacunas y medicación termosensible. - Encargarse la lencería y de la ropa sucia. - Colaborar para formar equipo. - Trabajar tanto en equipo en las funciones compartidas como de forma individual en las funciones propias. - Ofrecer servicios mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación tanto a nivel individual como comunitario. - Evaluar junto todo el equipo los programas educativos que se han desarrollado. Con el paso del tiempo, se verá el impacto en la comunidad y se podrá evaluar a través de los resultados obtenidos.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen que formar parte de los equipos de atención primaria porque apoyan a la promoción de la salud pública y comunitaria. Se trata de dar las herramientas para que los individuos puedan optar a una vida saludable. La base de la educación sanitaria y de la formación de las sociedades es la salud comunitaria por ello como profesionales hemos de dotar a la población la capacidad de optar y decidir por unos hábitos saludables que prevengan enfermedades. Como miembros de la atención primaria debemos saber acoger porque somos la puerta de entrada de una sanidad que presta sus servicios con calidad y de forma integral.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-recomendacion-de-activospara-la-salud-y-el-papel-de-la-enfermera-familiar-y-comunitaria/.
2. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012.

## Capítulo 193

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

## 1 Introducción

Para comenzar a comprender cuáles son las funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en este área, es fundamental entender la terminología utilizada en el apartado de los citostáticos, que son medicamentos que pueden detener la propagación de las células cancerosas y/o alterar el metabolismo de la célula.
A continuación, usaremos el término ”manejo o manipulación de citostáticos” para describir situaciones en las que ocurren los siguientes conjuntos de operaciones.
- Realización de una dosis a partir de una presentación comercial.
- Dar al paciente la dosis prescrita.

- Eliminación o recogida de residuos relacionados con las actuaciones anteriores.
Principalmente las áreas más expuestas a citostáticos, o donde más se utilizan son:
- Servicios de farmacia preparatoria.
- Plantas de internación en oncología, hematología y otros hospitales donde se administren en un grado menor.
- Hospitales de día (oncología, reumatología, etc.).
La exposición también es una posibilidad cuando se eliminan los excrementos de los pacientes o tratamiento citostático (ya que los citostáticos como la ciclofosfamida pueden estar presentes en el sudor).
Se debe tener en cuenta cualquier acción que pueda potencialmente resultar en un contacto directo con él (limpieza de derrames, mantenimiento de camas y /o boxes y limpieza, transporte, almacenamiento, etc.).
Una de estas actividades dependerá del grupo de medidas preventivas que adopten, por lo que es importante determinar la exposición potencial y su nivel en base al análisis de riesgo realizado en cada caso particular.

## 2 Objetivos

- Conocer la terminología y usos de los citostáticos.
- Dar a conocer sus posibles exposiciones y cómo administrar y tratar los residuos que estos generen.
- Aprender y evaluar los riesgos que conlleven la administración y manejo de los citostáticos.
- Aprender los protocolos que se llevan a cabo en los tratamientos de citostáticos.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en internet en el campo de la ciencia exclusiva de ésta materia para la elaboración de éste artículo.
Los videos y artículos se pueden encontrar en las principales bases de datos Dialnet y Medline.
Se han escogido artículos de publicaciones académicas revisadas sobre el tema, en este caso, citostáticos, protocolo de exposición, en Pubmed y Scielo, todos ellos relacionados con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y con el manejo de estos. Descartándose los que no se han considerado de interés.

## 4 Resultados

Es fundamental conocer los distintos puntos de entrada en el organismo y los riesgos de los citostáticos para evitar peligros en el cuerpo de una persona a través de la penetración y tratamientos de éstos, como son en los casos de:
- Aspiración de aerosoles y contacto con gotitas, que suele tener lugar durante la aplicación de soluciones citostáticas.
- Por contacto directo, como al administrar el medicamento, ya sea la mucosa o la piel.
- Por vía oral: implica la ingestión de alimentos, bebidas o cigarrillos contaminados, pero es el método menos común.
- Por vía parenteral, que consiste en administrar el fármaco directamente en el torrente sanguíneo, a través de cortes o pinchazos no intencionales provocados por ampollas rotas.

Para el trabajador que se encuentre en este puesto y pueda estar expuesto a estos riesgos, es necesario contar con protección personal.
Además de los requisitos previos, el personal debe de estar cualificado para sus funciones, ya que se encuentra expuesto cuando se manipulan, y debe proteger al paciente.
El lavado de manos con agua y jabón u otro agente antibacteriano es una de las precauciones más eficaces, o con solución hidroalcohólica tanto antes como después de la colocación de los guantes.
Cuando se trabaja con este tipo de sustancias, se deben quitar los guantes cada media hora más o menos, y cada vez que se ensucien o se rompan, deben reemplazarse, se cambian inmediatamente. Dado que cada material tiene una composición química única y un conjunto de propiedades de permeabilidad, ningún material es completamente impermeable a todos los citostáticos.
Se deben de utilizar cabinas de seguridad biológica para la creación de mezclas de agentes citostáticos, se emplean ciertos tipos de box o gabinetes preparados para ello. Están formados por un flujo de aire filtrado y laminar, lo que asegura ambas cosas, tanto la protección del trabajador como la del producto.
Por lo tanto, es crucial que el TCAE conozca todos los riesgos y procedimientos para prevenir infecciones.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la aparición de novedades basándonos en la bibliografía consultada, las perspectivas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes

con enfermedad neoplásica han mejorado gracias a los medicamentos contra el cáncer, incluidos los citostáticos, mejorado significativamente.
Por el contrario, sin embargo, se ha demostrado que estos medicamentos son teratogénicos, mutagénicos y cancerígenos; también favorecen el desarrollo de neoplasias secundarias y son un importante contribuyente a muchas de ellas.
Por su acción irritante, vesicante o alérgica, puede dañar localmente el epitelio de la piel y las mucosas. Por lo tanto, es crucial prestar atención a la bioseguridad en el uso de citostáticos por el equipo sanitario, entre otras cosas, en particular del TCAE.

## 6 Bibliografía

1. Ginés, J. (2002). "Manual de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostáticos." Servicio de Farmacia Hospital Universitario Son Dureta.
2. Conde-Estévez, D., & Mateu-de Antonio, J. (2012). "Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos." Farmacia Hospitalaria.
3. Fernández-González, A. (2016). "Prevención de la Extravasación de Citostáticos por Enfermería.

## Capítulo 194

# TÉCNICAS PARA RESISTIR LA HOSTILIDAD DE PACIENTES O SUS FAMILIARES PARA LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVITAR EL ESTRÉS

VANESSA MARÍA GUZMÁN MORA

TANIA DURAN CARRASCO

MARIA PAZ EXPÓSITO SÁEZ

MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ CARRANZA

MARÍA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ

## 1 Introducción

Por desgracia, en la actualidad si echamos un vistazo a las noticias de actualidad podemos observar que todos los días encontramos alguna noticia que habla de alguna que otra agresión a personas relacionadas con el sector servicios, y dentro de estas un tanto por ciento bastante elevado al personal sanitario durante el desarrollo de su trabajo tanto en atención primaria, como en consultas externas o en los servicios de urgencias.

No es hasta la década de los 80 cuando se habla de la primera agresión a profesionales sanitarios, estas agresiones han ido en aumento y en la actualidad la cantidad de agresiones que reciben el personal sanitario es preocupante.
Esto nos ha hecho recapacitar y decidir dedicar este capitulo a desarrollar técnicas que sirvan a los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para afrontar cualquier tipo de agresión, dotándolos de los conocimientos necesarios para que cualquier agresión física o psíquica que reciba no le produzca ansiedad o estrés.
Pero, ¿qué se entiende por hostilidad?
Para dar una definición de hostilidad nos vamos a fijar en uno de sus sinónimos: enfrentamiento, para decir que la hostilidad es el enfrentamiento que surge entre trabajador y pacientes y/ o familiares por algún contratiempo que surge, donde el paciente y/o familiares responde de forma violenta (verbal o físicamente) contra el trabajador, aun cuando no esté fundamentada.

## 2 Objetivos

Desarrollar técnicas para dotar al técnico de cuidados auxiliares de enfermería de metodologías precisas para afrontar la hostilidad y controlar el estrés y la ansiedad.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo el desarrollo de este capítulo hemos realizado un intenso trabajo de investigación con búsquedas en bases de libros de texto, apuntes obtenidos durante los años de formación reglada para obtención del correspondiente titulación y búsqueda en las principales bases de datos (Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo), utilizando como palabras claves para obtener información: hostilidad, sinónimos de hostilidad y métodos para afrontar la hostilidad. Solo incluyendo aquellas fuentes bibliográficas con menos de 5 años de vida.

## 4 Resultados

La hostilidad es una emoción que podemos relacionar con otras dos emociones :con la ira y el resentimiento y que puede manifestarse de muy diferente modo desde la violencia verbal con expresiones verbales despectivas (tales como :quien

te has creído que eres, eres más tonto que un ceporro deberías estar fregando escaleras) hasta amenazas (te voy a matar), violencia física ( puñetazo), manifestaciones hostiles encubiertas (Por ejemplo, van dos técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería a realizar el aseo a un paciente y el paciente a uno de ellos no le dirige la palabra incluso aunque le pregunte y manipulación malintencionada de funciones (por ejemplo, no asignar ningún tipo de tarea un día tras otro, o asignar una tarea de categoría inferior a la que se tiene de forma intencionada).
Métodos para paliar el grado de hostilidad:
- Aprender a reconocer cuando una persona está irritada y por tanto puede actuar de forma hostil hacia nosotros, en este caso manifestar de forma abierta que podemos entender o comprender que esté irritado.
- Evitar sentirse juzgado.
- Inspeccionar nuestros sentimientos ante un acto hostil, pero no permitir que nos influyan a la hora de buscar la estrategia adecuada para su afrontamiento.
- Intentar dejar un tiempo para que el comportamiento hostil disminuya (las emociones tienen una duración bastante corta), durante este tiempo jamás utilizar la expresión "calmese".
- Realizar una escucha atenta y cuidadosa de todo lo que dice, pidiéndole cualquier tipo de detalle especifico que sea necesario.
- Hablar de forma calmada( con voz tranquila y firme) con actitud abierta.
- Brindar la oportunidad de continuar la conversación en algún sitio privado (así la hostilidad del paciente no se contagiará a otros pacientes, ya que esta se podría decir que es contagiosa).
- Buscar al usuario vías de solución al conflicto que plantea.
- Pedir ayuda a un compañero, si se ve que no se puede hacer frente a la situación.
- Finalizado el conflicto expresar cada uno de los sentimientos que hemos ido experimentando durante el proceso.

## 5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería al igual que el resto de personas que conforman la asistencia del sistema nacional de salud desgraciadamente podemos recibir tratos hostiles por parte de pacientes, sus familiares e incluso por parte de nuestros compañeros( es decir, personas que con comportamiento inadecuado exigen de malas maneras aquello que quieren), por eso es necesario que estemos dotados de métodos o estrategias que nos permitan solucionar dichos comportamientos hostiles de forma que no nos influyan ni no

supongan ni algo estresante o nos produzca un aumento de ansiedad. Por ejemplo, el conocer que la hostilidad es una emoción con varias fases y que en la primera fase hay que intentar solo escuchar es suficiente para no incrementar esa hostilidad.

## 6 Bibliografía

1. Wikipedia. https://www.cigna.com/es-us
https://mediafamilypsico.wordpress.com/
2. https://documen.site/download/034-afrontar-la-hostilidad_pdf
3. https://www.humanidadescomunidad.unam.mx/manejar-nuestras-actitudes-hostiles-nos-compensara-con-una-mejor-salud/
https://definicion.de/hostilidad/
4. https://www.hoy.es/20090525/sociedad/hostilidad-enmascarada-20090525.html

## Capítulo 195

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). FUNCIONES DEL TCAE EN QUIRÓFANO

PEDRO JIMENEZ MARQUEZ

RAQUEL GARCIA PICAZO

CRISTINA GRIÑAN DE MORA

SANDRA MILENA SALAZAR GUZMAN

CRISTINA CROITORU GROZA

## 1 Introducción

El quirófano es una de las áreas más delicadas dentro de un hospital. La función principal del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es asistir al equipo médico y al de enfermería tanto antes(colocación del equipo textil, en el lavado de manos, etc.)como durante la cirugía.

Su labor en muy importante a la hora de asegurar tanto el bienestar del paciente como su seguridad antes, durante y después de la cirugía.

Además, los pacientes que pasan por una cirugía, por ser esta un momento muy estresante y angustioso, además de necesitar unos cuidados básicos, también requieren de un apoyo psicológico.

El técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene un papel muy importante dentro del área de cirugía, ya que aparte de encargarse de la limpieza del material, colocación de los aparatos e instrumental y de la reposición del material que se haya usado(tanto fungible como no fungible), es el encargado de cubrir las necesidades del paciente, ofreciendo a este una atención integral.

Su labor comienza incluso antes de estar el paciente en el quirófano, ya que es el responsable de que el quirófano esté limpio y desinfectado, de la preparación de los equipos médicos, aparatos e instrumental necesario y asegurarse de que todo está en buen estado y que funciona correctamente (sistema de aspiración, respirador mecánico, etc.).

## 2 Objetivos

Exponer las principales funciones del TCAE en 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 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

Lo primero que deberá hacer el TCAE, colaborando con el equipo de enfermería será preparar correctamente el mobiliario y el equipo necesario para la cirugía.

Ayudará a médicos y enfermeras a colocar las cajas de instrumental necesarias al lavado de manos quirúrgico y a ponerse las batas estériles desechables.

Se asegurará de que hay un sistema de aspiración preparado por si hay complicaciones durante la cirugía o al momento de anestesiar al paciente.

A continuación realizaremos una correcta acogida al paciente, asegurándonos de identificarlo correctamente, comprobando que lleva puesta la pulsera identificativa y de que los datos son correctos. Comprobaremos los datos de la historia clínica y del parte quirúrgico.

Nos aseguraremos de que no lleva(prótesis dentales movibles, joyas, uñas pintadas, etc.), y asistiremos al paciente en sus necesidades básicas(botella para orinar, protegerle las prominencias óseas si va a estar mucho tiempo en una misma posición).

A continuación ayudaremos a colocar al paciente en la posición correcta para realizar la anestesia en caso necesario (posición fetal si es anestesia epidural, en sedestación, ...), y después a colocarlo en la posición adecuada según el tipo de cirugía usando las protecciones que se requieran.

Durante la cirugía lo primero que debemos tener en cuenta es tener mucho cuidado para no contaminar el material estéril ni los campos estériles, guardando la distancia requerida de unos 30 centímetros entre nuestro cuerpo y las zonas estériles.

Colaboraremos con la enfermera en lo que necesite(pasando el material que requiera, ayudando en sondajes, a fijar vías, ...). Iremos recogiendo el material que se haya utilizado en la anestesia, dejándolo preparado por si volviera a hacer falta. Estaremos atentos al paciente notificando si vemos alguna incidencia.

Terminada la cirugía procederemos a la recogida y la limpieza del quirófano. Esta parte es de suma importancia, ya que el quirófano debe de quedar preparado para la siguiente cirugía.

-Recogeremos el material desechable manipulándolo correctamente para su eliminación. Limpiaremos con un detergente o desinfectante adecuado, tanto el mobiliario, como el aparataje que se haya utilizado durante la intervención (microscopios, respiradores, bombas de infusión, etc.) y las lámparas.

-Recogeremos el instrumental que se haya utilizado procediendo a su limpieza y preparación para esterilizar, organizando las cajas y paquetes correctamente antes de mandarlos a esterilización.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión diremos que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que trabaje en el área quirúrgica tiene una gran responsabilidad, por tratarse de un servicio muy delicado y donde cualquier fallo puede suponer un gran coste para el hospital (deterioro del material, averías de aparatos muy costosos, contaminar un campo estéril, ...), o lo que es mucho peor (poner en riesgo la salud

de los pacientes).

Por este motivo, se requiere del TCAE que trabaja en el área quirúrgica responsabilidad a la hora de realizar su actividad profesional, y que realice cursos de reciclaje para mantener una buena formación profesional para realizar su trabajo con eficacia y profesionalidad.

## 6 Bibliografía

1. Que hace un auxiliar de enfermería en un quirófano / web(euroinnova.edu.es).

2. EL TRABAJO EN EQUIPO EN QUIROFANO(Internet).
Congresoenfermeria.es. (citado 10 de julio de 2022).

3. Funciones del personal técnico en cuidados de enfermería
(daeformacion.com)

4. Libro (técnicas básicas de enfermería) editorial: EDITEX.

## Capítulo 196

# REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON DERMATITIS

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

La dermatitis en el personal sanitario se refiere a una inflamación de la piel que afecta a aquellos que trabajan en entornos médicos y de atención sanitaria. Puede manifestarse de varias formas, pero con mayor frecuencia se presenta como enrojecimiento, sequedad, picazón y, en casos más graves, ampollas o descamación. Esta afección puede ser el resultado de la exposición repetida a irritantes o alergenos en el entorno laboral.

Las causas comunes de dermatitis en el personal sanitario incluyen:

Uso frecuente de guantes: El uso constante de guantes de látex u otros materiales puede causar irritación en la piel debido a la humedad atrapada y la fricción.

Exposición a productos químicos: Los trabajadores de la salud a menudo están en contacto con productos químicos fuertes, como desinfectantes y soluciones de limpieza, que pueden causar reacciones en la piel.

Lavado frecuente de manos: La higiene de manos es esencial en entornos sanitarios, pero el lavado excesivo puede eliminar los aceites naturales de la piel y provocar sequedad y agrietamiento.

Contacto con pacientes: Algunos pacientes pueden tener condiciones infecciosas de la piel, lo que aumenta el riesgo de contagio para el personal sanitario.

Estrés y carga de trabajo: El estrés laboral y la alta carga de trabajo pueden contribuir al empeoramiento de las condiciones de la piel debido a la disminución de la inmunidad y el autocuidado.

Es esencial abordar la dermatitis en el personal sanitario para garantizar su bienestar y prevenir la propagación de infecciones. Esto incluye el uso adecuado de cremas hidratantes, la elección de guantes adecuados, la implementación de prácticas de higiene de manos adecuadas y la identificación y gestión temprana de reacciones cutáneas. La prevención y el tratamiento efectivo pueden ayudar a los trabajadores de la salud a mantener una piel saludable mientras brindan atención a los pacientes.

## 2 Objetivos

Exponer cómo repercute la dermatitis 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 dermatitis en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) puede tener importantes repercusiones en su puesto de trabajo y calidad de vida. Aquí

se detallan algunas de las implicaciones más relevantes:

Dolor y malestar: La dermatitis puede causar dolor, picazón y molestias significativas en la piel del TCAE. Esto puede distraerlo de sus tareas y afectar su bienestar general en el trabajo.

Reducción de la productividad: La incomodidad y el dolor asociados con la dermatitis pueden disminuir la eficiencia y la productividad del TCAE. Las tareas pueden llevar más tiempo y realizarse con menos precisión.

Ausentismo laboral: En casos graves de dermatitis, es posible que el TCAE tenga que faltar al trabajo para recibir tratamiento o recuperarse. Esto puede afectar la continuidad de la atención al paciente y aumentar la carga de trabajo de otros colegas.

Riesgo de infección cruzada: Si la dermatitis causa heridas abiertas en la piel, existe un riesgo potencial de infección para el propio TCAE y los pacientes con los que entra en contacto. La piel dañada es una puerta de entrada para bacterias y virus.

Impacto emocional: La dermatitis puede tener un impacto emocional significativo en el TCAE. La picazón persistente y la apariencia de la piel afectada pueden causar estrés, ansiedad y autoestima reducida.

Costos de tratamiento: El tratamiento de la dermatitis puede generar costos médicos y farmacéuticos para el TCAE. Esto puede ser una carga financiera adicional, especialmente si los tratamientos deben continuarse a largo plazo.

Reajustes en las responsabilidades laborales: En algunos casos, puede ser necesario realizar reajustes en las responsabilidades laborales del TCAE para minimizar la exposición a irritantes o alérgenos que agraven la dermatitis. Esto podría limitar sus oportunidades de desarrollo profesional.

Para mitigar estas repercusiones, es esencial que los TCAE tomen medidas preventivas y busquen tratamiento adecuado si desarrollan dermatitis. Esto incluye seguir protocolos de higiene de manos, utilizar guantes adecuados, aplicar cremas hidratantes, y en casos más graves, buscar atención médica especializada. Además, es importante que los empleadores brinden un entorno de trabajo seguro y fomenten prácticas que protejan la salud de su personal.

## 5 Discusión-Conclusión

Para un adecuado tratamiento de la dermatitis en un TCAE, especialmente cuando está relacionada con el puesto de trabajo, se requiere una combinación de cuidados específicos y medidas preventivas. Aquí mostramos algunas recomendaciones:

Consulta médica: En caso de dermatitis, buscar atención médica para un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado. Esto puede incluir cremas o ungüentos recetados para reducir la inflamación y la irritación.

Protección adecuada: Utilizar guantes de calidad, preferiblemente sin látex si se es alérgico, para proteger de sustancias irritantes o alergénicas. Asegurarse de que los guantes se ajusten correctamente y cámbialos regularmente.

Higiene y cuidado de la piel: Mantener una rutina de higiene adecuada para tu piel. Lavar y secar las manos minuciosamente después de cada tarea y aplicar una crema hidratante no irritante para mantener la piel suave y protegida.

Evitar desencadenantes: Identificar y evitar sustancias o situaciones que empeoren la dermatitis. Esto podría incluir el uso de productos de limpieza suaves o solicitar cambios en tu entorno de trabajo si es necesario.

Cumplimiento del tratamiento: Seguir las indicaciones médicas al pie de la letra, incluso si los síntomas mejoran. A menudo, es importante continuar con el tratamiento para prevenir recaídas.

Comunicación con el empleador: Hablar con tu empleador sobre tu condición dermatológica y buscar soluciones conjuntas para minimizar la exposición a irritantes o alérgenos en el entorno laboral.

Consejo y apoyo: Buscar apoyo psicológico o consejo si la dermatitis afecta tu bienestar emocional. Hablar con un profesional de la salud mental puede ayudarte a sobrellevar las tensiones relacionadas con la enfermedad.

Prevención continua: Una vez que la dermatitis esté bajo control, mantener una estricta adherencia a las medidas preventivas y del cuidado de la piel para evitar recaídas.

Recordar que cada caso de dermatitis es único, por lo que es fundamental trabajar en estrecha colaboración con profesionales de la salud y el empleador para desarrollar un plan de tratamiento y prevención específico para las necesidades.

# 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 197

# REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LA ARTROSIS

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

La artrosis, también conocida como osteoartritis, es una enfermedad articular crónica y degenerativa que afecta principalmente a las articulaciones móviles del cuerpo, como las rodillas, caderas, manos y columna vertebral. En el contexto del sector sanitario, la artrosis se considera una de las enfermedades reumáticas más comunes y un problema de salud significativo, especialmente en personas mayores.

Esta afección se caracteriza por el desgaste progresivo del cartílago articular, el tejido que recubre las superficies de las articulaciones y actúa como amortiguador. Con el tiempo, el cartílago se adelgaza y se desgasta, lo que provoca dolor, inflamación, rigidez y limitación en el movimiento de la articulación afectada. La artrosis puede ser primaria, relacionada con el envejecimiento natural de

las articulaciones, o secundaria, causada por lesiones, sobrepeso, predisposición genética u otras condiciones médicas.

Los síntomas de la artrosis pueden variar desde leves molestias hasta discapacidades significativas. En el ámbito de la atención médica, el diagnóstico se basa en la evaluación clínica, radiografías y, en algunos casos, estudios de imagen avanzados. El tratamiento se enfoca en aliviar el dolor, mejorar la función y retrasar la progresión de la enfermedad. Incluye opciones como la fisioterapia, analgésicos, antiinflamatorios, pérdida de peso (si es necesario), ejercicios de fortalecimiento y, en casos graves, cirugía para reemplazar la articulación afectada.

La artrosis es una afección crónica que requiere manejo a largo plazo y cuidados continuos. En el sector sanitario, los profesionales trabajan para proporcionar atención integral a los pacientes con artrosis, ayudándolos a mantener la movilidad y la calidad de vida, al tiempo que gestionan el dolor y la discapacidad asociados con esta enfermedad.

## 2 Objetivos

Exponer cómo puede repercutir la artrosis 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 artrosis, una enfermedad crónica y degenerativa que afecta principalmente a las articulaciones, puede tener importantes repercusiones en el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Estas repercusiones se derivan de los síntomas y limitaciones que experimenta una persona que padece artrosis y pueden afectar significativamente la capacidad del TCAE para llevar a cabo sus tareas de manera eficaz. Aquí se presentan algunas de las repercusiones más relevantes:

Dolor y molestias: El dolor articular, uno de los síntomas más comunes de la artrosis, puede hacer que el TCAE se sienta incómodo y distraído en el trabajo. Esto puede afectar su concentración y la calidad de su atención al paciente.

Fatiga: La artrosis puede causar fatiga debido a la tensión física y emocional que implica lidiar con el dolor y las limitaciones en la movilidad. Esta fatiga puede disminuir la energía del TCAE para cumplir con sus responsabilidades laborales.

Limitaciones en la movilidad: Dependiendo de qué articulaciones estén afectadas, el TCAE podría tener dificultades para realizar ciertos movimientos o levantar objetos pesados. Esto podría dificultar la asistencia a los pacientes y aumentar el riesgo de lesiones laborales.

Disminución de la productividad: La artrosis puede hacer que las tareas cotidianas, como caminar, moverse o levantar objetos, sean más lentas y difíciles de realizar. Esto puede llevar a una disminución de la productividad en el trabajo.

Absentismo laboral: En casos graves de artrosis, el dolor y la incapacidad para moverse pueden requerir períodos de licencia médica y ausencias laborales más frecuentes, lo que afecta la continuidad de la atención al paciente.

Carga emocional: Lidiar con una enfermedad crónica como la artrosis puede generar estrés y ansiedad en el TCAE. Esto puede afectar su bienestar emocional y su capacidad para interactuar de manera efectiva con los pacientes.

Para mitigar estas repercusiones y garantizar un entorno de trabajo adecuado para el TCAE con artrosis, es fundamental contar con adaptaciones laborales razonables. Esto puede incluir la asignación de tareas que no requieran movimientos repetitivos o pesados, horarios de trabajo flexibles para acomodar las necesidades médicas y la provisión de dispositivos de asistencia, como sillas ergonómicas o dispositivos de ayuda para la movilidad.

Además, se recomienda que el TCAE con artrosis trabaje en estrecha colaboración con su equipo médico y empleador para garantizar que sus necesidades de salud se aborden adecuadamente y que se implementen las modificaciones necesarias en el lugar de trabajo. La conciencia sobre la artrosis y el apoyo de los empleadores son esenciales para ayudar a los profesionales de la salud a mantener su capacidad para brindar atención de calidad a los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la calidad de vida de los TCAE que enfrentan la artrosis en su trabajo, es crucial adoptar estrategias de autocuidado y adaptaciones laborales. Aquí hay algunas recomendaciones:

Ejercicio y fisioterapia: Realizar ejercicios suaves y específicos para fortalecer las articulaciones y mejorar la movilidad es fundamental. La fisioterapia puede proporcionar ejercicios personalizados y técnicas para reducir el dolor.

Gestión del peso: Mantener un peso saludable reduce la presión sobre las articulaciones afectadas. La dieta equilibrada y la consulta con un dietista pueden ayudar en este aspecto.

Ergonomía en el trabajo: Solicitar adaptaciones en el lugar de trabajo, como sillas ergonómicas o escritorios ajustables, puede reducir la tensión en las articulaciones.

Pausas y movilidad: Tomar breves descansos para estirar y moverse durante el día laboral puede prevenir la rigidez y el dolor.

Medicación y tratamiento médico: Seguir el plan de tratamiento recomendado por un profesional de la salud, que puede incluir medicamentos para el dolor y terapia, es esencial.

Apoyo emocional: Buscar el apoyo de amigos, familiares y profesionales de la salud mental puede ayudar a lidiar con el estrés y la ansiedad relacionados con la enfermedad.

Comunicación con el empleador: Hablar con el empleador sobre las necesidades específicas relacionadas con la artrosis y explorar opciones de ajustes laborales puede ser beneficioso.

Autoconciencia: Reconocer los límites personales y aprender a delegar tareas cuando sea necesario es importante para evitar el agotamiento y reducir el riesgo de lesiones laborales.

Educación continua: Mantenerse informado sobre los últimos avances en el manejo de la artrosis puede ayudar a tomar decisiones más informadas sobre el tratamiento y el autocuidado.

Consistencia en el seguimiento médico: Programar citas regulares con un médico

especializado en reumatología u ortopedia para evaluar el progreso y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Cada persona experimenta la artrosis de manera diferente, por lo que es importante personalizar estas recomendaciones de acuerdo con las necesidades individuales y seguir el consejo de un profesional de la salud para garantizar una gestión efectiva de la enfermedad.

# 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 198

# REPERCUSIONES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DEL HOMBRO DOLOROSO

NATALIA FONTELOS GOMEZ

MARIA GEMA TOVAR GARCIA

MARIA BELEN BAUTISTA MARTIN

YIRSI MARIA YSABEL VALLEJO MOREL

MIRIAM POZO SÁNCHEZ

## 1 Introducción

El síndrome del hombro doloroso en el sector sanitario es una afección que afecta a muchos profesionales de la salud debido a las demandas físicas y repetitivas de su trabajo. Esta condición se caracteriza por dolor en la región del hombro y puede estar relacionada con diversas causas, como lesiones por movimientos repetitivos, estrés laboral, posturas incómodas y manipulación de pacientes.

Las repercusiones de este síndrome en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son significativas. El dolor constante en el hombro puede interferir con la capacidad para realizar tareas esenciales, como levantar o mover pacientes, administrar medicamentos y proporcionar cuidados de calidad. Además,

puede provocar estrés y agotamiento, lo que afecta negativamente a la calidad de vida y el bienestar emocional de los TCAE.

Para abordar esta problemática, es fundamental tomar medidas preventivas y de tratamiento. Esto puede incluir:

Ergonomía en el trabajo: Asegurar que los espacios de trabajo estén diseñados para minimizar el estrés en los hombros, con mobiliario y equipos ergonómicos.

Entrenamiento en técnicas de levantamiento seguro: Proporcionar formación a los TCAE sobre cómo mover y levantar a los pacientes de manera segura para evitar lesiones.

Pausas y ejercicios de estiramiento: Fomentar la realización de pausas regulares durante la jornada laboral para estirar y relajar los músculos del hombro.

Gestión del estrés: Proporcionar apoyo psicológico y estrategias para manejar el estrés relacionado con el trabajo y el dolor.

Fisioterapia y tratamiento médico: Ofrecer acceso a fisioterapia y atención médica para el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Rotación de tareas: Permitir la rotación de tareas para evitar la repetición constante de movimientos que puedan agravar el síndrome.

Comunicación abierta: Fomentar la comunicación entre los trabajadores y la administración para abordar problemas ergonómicos y buscar soluciones conjuntas.

La prevención y el manejo adecuado del síndrome del hombro doloroso son fundamentales para garantizar que los TCAE puedan desempeñar su trabajo de manera eficiente y cómoda, al tiempo que se protege su salud y bienestar a largo plazo.

## 2 Objetivos

Exponer cómo repercute el síndrome del hombro doloroso al 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

El síndrome del hombro doloroso, una afección común en el sector sanitario, puede tener repercusiones significativas en el desempeño laboral y la calidad de vida de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Este síndrome se caracteriza por dolor en la región del hombro y puede ser resultado de lesiones, estrés laboral, movimientos repetitivos y posturas incómodas. Sus efectos en el trabajo de los TCAE incluyen:

Limitación de tareas: El dolor en el hombro puede limitar la capacidad de los TCAE para realizar tareas esenciales, como mover y levantar a los pacientes, lo que afecta la calidad de la atención.

Absentismo laboral: Los episodios de dolor intenso pueden llevar a ausencias laborales, lo que afecta la continuidad de la atención y aumenta la carga de trabajo para otros colegas.

Disminución de la productividad: El dolor constante puede disminuir la productividad en el trabajo, ya que los TCAE pueden ser menos eficientes en sus tareas.

Estrés y agotamiento: La lucha contra el dolor crónico puede llevar a niveles elevados de estrés y agotamiento emocional, lo que afecta la salud mental de los TCAE.

Impacto en la calidad de vida: El síndrome del hombro doloroso puede afectar la calidad de vida fuera del trabajo, ya que el dolor constante puede interferir con actividades diarias y recreativas.

Costos médicos y ausencias: Los TCAE pueden incurrir en costos médicos significativos para el tratamiento y la rehabilitación del hombro doloroso. Las ausencias prolongadas también pueden generar gastos para la institución sanitaria.

Para abordar estas repercusiones, es esencial un enfoque integral. Los TCAE pueden beneficiarse de la formación en técnicas de levantamiento seguro, la atención médica para el diagnóstico y tratamiento adecuados, así como la promoción de la salud y la prevención de lesiones. Además, las instituciones sanitarias deben

considerar la ergonomía en el lugar de trabajo y fomentar un ambiente que promueva el bienestar físico y emocional de su personal.

La gestión adecuada del síndrome del hombro doloroso es esencial para garantizar la salud y el rendimiento laboral óptimo de los TCAE, al tiempo que se mejora la atención al paciente y se reducen los costos asociados con ausencias y tratamientos médicos.

## 5 Discusión-Conclusión

Para el tratamiento del síndrome del hombro doloroso en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es fundamental adoptar un enfoque integral que combine medidas preventivas, terapéuticas y de autocuidado. Aquí tienes algunas recomendaciones clave:

Prevención: Fomentar la prevención es fundamental. Capacitar a los TCAE en técnicas de levantamiento seguro y ergonomía en el trabajo puede ayudar a evitar lesiones futuras.

Evaluación médica: Ante cualquier síntoma de hombro doloroso, es esencial buscar una evaluación médica. Un diagnóstico preciso guiará el tratamiento adecuado.

Tratamiento médico: Dependiendo del diagnóstico, el tratamiento puede incluir fisioterapia, medicamentos para el dolor y la inflamación, o incluso intervenciones quirúrgicas en casos graves. Cumplir con las indicaciones médicas es esencial.

Ejercicio y fisioterapia: Los ejercicios específicos y la fisioterapia pueden ayudar a fortalecer y rehabilitar los músculos del hombro, reduciendo el dolor y mejorando la movilidad.

Descanso y autocuidado: Es fundamental permitir que el hombro descanse. Evitar movimientos y actividades que agraven el dolor es importante. Además, mantener un estilo de vida saludable, incluyendo una dieta equilibrada y la gestión del estrés, puede contribuir a una recuperación más rápida.

Apoyo psicológico: No subestimar el impacto emocional del dolor crónico. Buscar apoyo psicológico puede ser beneficioso para afrontar el estrés y la ansiedad asociados.

Modificaciones en el trabajo: Si es posible, se deben realizar modificaciones en el entorno laboral para reducir la carga en el hombro afectado. Esto puede incluir cambios en las tareas o proporcionar equipo de ayuda.

Seguimiento médico: Mantener un seguimiento constante con el médico es esencial para evaluar el progreso y realizar ajustes en el tratamiento según sea necesario.

El tratamiento del síndrome del hombro doloroso en los TCAE requiere una combinación de prevención, tratamiento médico, terapia física y autocuidado. La colaboración con profesionales de la salud y la adhesión a las recomendaciones médicas son clave para una recuperación exitosa y el mantenimiento de la salud laboral.

## 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 199

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL CUIDADO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

## 1 Introducción

El sondaje nasogástrico se define como: “actuación llevada a cabo por el equipo de enfermería que consiste en la introducción de una sonda por la nariz con diferentes finalidades clínicas”.
Generalmente, la utilización de la sonda nasogástrica es debido a:
• La administración de oxígeno al paciente.
• La aspiración de secreciones bronquiales del paciente.
Sin embargo, cuando una sonda nasogástrica es colocada, tiene las siguientes finalidades:
• La alimentación de aquellos pacientes que no puedan comer por cuenta propia, esta alimentación se realiza a través de la sonda.

• La obtención de muestras para determinar un diagnóstico.
• La descompresión gástrica después de una intervención.
• La administración de medicación.
Existe una clasificación generalizada sobre las sondas nasogástricas existentes, teniendo una clara clasificación en dos grupos:
• Sonda no reactiva: son las más utilizadas, puesto que son tubos de silicona o poliuretano que no irritan.
• Sonda de polietileno o cloruro de polivinilo: menos empleado puesto que al ser un material más duro, irrita la zona.
En función de la finalidad con la cual se utiliza una sonda nasogástrica, del tamaño de la sonda, del material con el cual está hecha y de la longitud de estas, existen en el mercado sanitario multitud de tipos de sondas nasogástricas.

## 2 Objetivos

- Detallar el procedimiento de la colocación de una sonda gástrica y la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) durante la realización de dicho procedimiento.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La colocación de un sondaje nasogástrico es actuación, o bien del médico responsable del paciente, o del equipo de enfermería, sin embargo, independientemente de la categoría profesional que realiza dicha acción, será los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de preparar el material necesario para realizar la intervención. Para ello, deberá preparar el siguiente material:
• Sonda nasogástricas de diferentes calibres. Será la persona encargada de colocar el sondaje la que determine el calibre adecuado para el paciente, por lo que se

deberá tener preparada sonda de varios calibres para evitar la pérdida de tiempo en buscar las sondas de una en una.
• Lubricante hidrosoluble la que la introducción de la sonda sea más sencilla y menos dolorosa para el paciente.
• Gasas y guantes desechables. Las gasas pueden ser estériles o no estériles. Sin embargo, es recomendable que los guantes utilizados por la persona encargada de introducir la sonda sean guantes estériles, puesto que estará manipulando un elemento que posteriormente se introducirá en el cuerpo del paciente.
• Jeringa de alimentación. Estas jeringas deberán tener un tamaño mínimo de 50 o 100 ml.
• Fonendoscopio, con el cual se podrá comprobar la posición de la sonda y comprobar que ha sido colocada adecuadamente.
• Esparadrapo hipoalergénico para sujetar la sonda y de esta manera evitar que se salga.
• Tapón, para evitar la salida de fluidos y/ o alimentación.
Actuación del técnico en cuidados auxiliares durante la colación de un sondaje nasogástrico.
Durante la colocación de la sonda nasogástrica, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de proporcionar el material necesario a la persona encargada de la colocación, mientras el celador se encarga de sujetar al paciente.
• Colocar al paciente en una posición adecuada para la introducción de la sonda. Esta actuación será realizada junto al celador.
• Lubricar la sonda por la parte que va a ser introducida.
• Ayudar durante la fijación de la sonda con esparadrapo, para ello se preparará pequeñas tiras de esparadrapo.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo conclusión, hemos podido comprobar la importancia del sondaje nasogástrico, puesto que gracias a esta sonda se pueden obtener varias finalidades, entre ellas, las de alimentar a un paciente que no puede hacerlo por el mismo.
La principal del TCAE durante la colocación del sondaje es tener preparado el material y proporcionárselo al equipo médico o de enfermería. Del mismo modo, es muy importante que durante el proceso, el TCAE tranquilice al paciente y pida continuamente su colaboración, puesto que es una sensación muy desagradable para el paciente y cuanto menos se mueva el paciente antes podrá ser colocada.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 200

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO HOSPITALARIO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

## 1 Introducción

Se entiende como aislamiento hospitalario, las actuaciones llevadas a cabo por el personal sanitario y no sanitario de una institución sanitaria ante un paciente portador de un virus, bacteria o microorganismo que puede transmitir una enfermedad mediante gotas, por contacto con el paciente o a través del aire.
El seguimiento de una serie de normas establecidas en los protocolos de aislamiento reduce la posibilidad de propagación de una enfermedad contagiosa dentro del servicio sanitario.
En el ámbito sanitario existe dos tipos de aislamientos generalizados: el aislamiento inverso, en el cual se debe proteger al paciente inmunodeprimido del

resto de pacientes y personal sanitario, y el asilamiento común, siendo el personal sanitario y el resto de los pacientes los que deben ser protegidos del paciente portador de la enfermedad.
El personal sanitario que participe en la asistencia médica del paciente deberá mantener una serie de normas de aislamiento centradas en la utilización de un equipo de protección individualizado, para evitar el contagio de la enfermedad y su posterior propagación.
Se entiende como equipo de protección individualizado (EPI), la vestimenta utilizada ante los pacientes que se encuentran en aislamiento. Esta vestimenta estará compuesta por algunos materiales desechables, y por otros materiales que deberán pasar por un proceso de limpieza- desinfección y esterilización en profundidad para que puedan volver a ser utilizados.

## 2 Objetivos

- Definir el término de prevención de riesgos laborales, el equipo de protección individualizado en el ámbito sanitario.
- Enumerar las normas generales tenidas en cuenta por el personal sanitario y no sanitario ante un paciente con aislamiento hospitalario.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Para evitar la propagación de una enfermedad infecciosa, la organización mundial de la salud establece una serie de protocolos sanitarios sobre la actuación ante un paciente portador de una enfermedad contagiosa. Del mismo modo, los estados y de manera derivada los servicios de salud de las comunidades Autónomas, velan porque estos protocolos de seguridad para evitar la propagación de una enfermedad sean seguidos por el personal sanitario y no sanitario de una

institución sanitaria de manera severa y segura tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.
Es inevitable que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no este en continuo contacto con el paciente aislado, puesto que es necesario la realización de unas actuaciones diarias para favorecer su recuperación y aumentar tanto su autonomía, comodidad, como su estado de ánimo.
Es por ello, que tanto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como el resto de los profesionales que intervienen con el paciente que se encuentra en aislamiento lleven a cabo una serie de normas generales, establecidas bien por la OMS, el estado o el servicio de salud de cada comunidad autónoma.
Normas generales a tener en cuenta.
• Estar vacunados contra las enfermedades que pueden ser contagiadas al estar en contacto con el paciente. El personal sanitario, una vez empieza a desarrollar su actividad profesional en un centro sanitario, debe acudir al servicio de medicina preventiva o salud laboral para realizarse un reconocimiento médico y comprobar la existencia de anticuerpos existentes en su cuerpo ante cierto tipo de enfermedades, en el caso de no tener anticuerpos será necesario ser vacunada contra dicha enfermedades. Las enfermedades más comunes de transmisión son: sarampión, rubeola, parotiditis, tétanos, difteria, hepatitis b, varicela, gripe y covid.
• Realizar un lavado de manos antes, durante y después de estar en contacto con un paciente en aislamiento.
• Utilización de guantes desechables, especialmente si se presenta alguna herida abierta en las manos.
• Eludir el contacto directo de piel con heridas, úlceras, líquidos, secreciones o sangre.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente en aislamiento hospitalario. Tipos de aislamiento hospitalario" nos demuestra que la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente que se encuentra en aislamiento hospitalario por estar en posesión de un virus, bacteria o microorganismo infeccioso es inevitable durante el desarrollo de su actividad asistencial, lo que es de vital importancia que se tengan en cuenta las consideraciones marcadas por los protocolos sobre la actuación en este tipo de pacientes. Es de vital importancia que todo el personal sanitario mantenga pre-

cauciones al manipular a este tipo de pacientes, puesto que de ello depende la propagación de una enfermedad infecciosa o no en el interior del centro sanitario como en el exterior.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 201

# ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL

GLORIA SÁEZ PARDO

ADYS ARVELO DEL RÍO

ALEJANDRA NAVA CARRASCO

AMADA HERNANDEZ LORENZO

ALAIN CASTILLO GÓMEZ

## 1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud más grandes del mundo y se dice que es obeso cuando el peso de un niño es más alto que su peso saludable. En los últimos años, la obesidad infantil ha aumentado en los países desarrollados. Hace unos años, la OMS informó que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad. No todos los niños con sobrepeso tienen la misma estructura corporal y algunos tienen estructuras óseas más grandes. Por lo tanto, los médicos usan tablas de crecimiento, índices corporales basados en el peso u otros tipos de pruebas para determinar si tiene sobrepeso. . La obesidad es una condición crónica y grave, ya que puede conducir a otros problemas de

salud como diabetes, presión arterial alta y enfermedades cardiovasculares desde una edad temprana. El sobrepeso con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 25 y la obesidad con un IMC igual o superior a 30 son enfermedades prevenibles con hábitos alimentarios saludables. La raíz de estos problemas de salud es un desequilibrio entre la ingesta de energía y el gasto de energía. Según los datos de obesidad de nuestro país, el 40,6% de la población infantil tiene sobrepeso.

## 2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con estos pacientes.

## 3 Metodología

Para profundizar en este artículo, se eligió el tema 'Mantenimiento de técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la obesidad y el sobrepeso infantil' y se realizó una búsqueda de varios artículos. Se utilizaron bases de datos científicas como Medline, Pubmed y Sielo para seleccionar información de artículos científicos y guías actualizadas de publicaciones científicas revisadas. Palabras clave: obesidad, sobrepeso, IMC (índice de masa corporal).

## 4 Resultados

Para reducir la prevalencia de la obesidad infantil y el sobrepeso en la sociedad, es importante desarrollar planes y políticas para prevenir el aumento de peso. Para ello, los colegios deben promover talleres de temática nutricional sobre hábitos saludables. Al igual que los comedores escolares, promovemos una alimentación saludable, evitamos los alimentos procesados y, lo más importante, involucramos a las familias en el fomento de un estilo de vida saludable que les beneficie a lo largo de su vida. Se ha observado que los niños entre las edades de 6 y 13 años son los más obesos, ya que la obesidad es más frecuente en familias con un nivel socioeconómico más bajo y un rendimiento académico más bajo.

-Es importante limitar la ingesta de alimentos poco saludables que contengan exceso de azúcar, sal y grasa.

-Realizar cinco comidas al día (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena), ya que se ha observado sobrepeso en niños que no desayunan o que no

desayunan.
-Evitar consumir: Productos procesados, bollería industrial.
-Comer frutas y verduras todos los días y le ayudará a su bienestar.
-Fomentar la actividad física diaria y, participe en 30 minutos de deportes como nadar, correr o caminar todos los días. En otras palabras, evite un estilo de vida sedentario, ya que la mayoría de los niños priorizan los videojuegos y la televisión sobre la actividad física. Siguiendo estas pautas, ayudamos a los niños a desarrollar hábitos y hábitos alimenticios saludables y mantenerse en buena forma física y mental. Esto ayuda a prevenir las muchas enfermedades que eventualmente pueden volverse crónicas, como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los accidentes cerebrovasculares, debido a la obesidad y el sobrepeso.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conlusión, la medida antropométrica más utilizada es el IMC. En España, los resultados muestran que el sobrepeso se ha estabilizado y estancado. Sin embargo, se observó un ligero aumento de la obesidad en las niñas. Por lo tanto, existe la necesidad de intervenir con el público a través de la educación para la salud, sin olvidar el entorno social, cultural y económico de los niños y sus familias. Para prevenir la aparición y progresión de diversas enfermedades, es muy importante demostrar el desempeño profesional desde la juventud. Los años escolares se consideran el mejor momento para practicar comportamientos saludables, que pueden continuar hasta la edad adulta. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ofrece apoyo y muchas pautas para seguir e implementar una dieta más saludable y adecuada. Fomentar la actividad física como caminar, correr al aire libre y evitar el sedentarismo. El resultado final: viva una vida más saludable en todos los sentidos.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 202

# EL PAPEL DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE UCI EN LA COLOCACIÓN DE UN BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN

ASCENSIÓN SANCHEZ DE LA CRUZ

MARIA DEL CARMEN MAROTO MARCOTE

MARIA TERESA FERNANDEZ BERMEJO GARCIA CONSUEGRA

MERCEDES MADRID MONREAL

LUCIA RAMOS ADEVA

## 1 Introducción

En ocasiones, un paciente por la gravedad que presenta, necesita asistencia en una unidad de Cuidados Intensivos, Uci. En la Uci, las medidas que se le pueden aplicar para mejorar su situación es mucho mayor que en cualquier otra unidad. Una de ellas es la implantación de un balón de contrapulsación intraaórtico (también conocido por las siglas BCIA, BIACP o IAB, en inglés).

El balón de contrapulsación tiene como función principal aumentar la circulación de la sangre.
La forma de conseguirlo es colocando una de especie balón en la arteria aorta, de forma sincronizada con el latido del corazón, durante la fase de relajación de este, llamada diástole. Al hacer esto, aumentamos la presión arterial diastólica y conseguimos que aumente la circulación de la sangre en las arterias coronarias y como consecuencia, ayudamos a mejorar la función del corazón.
El corazón se contrae impulsando la sangre por todo el cuerpo, es a lo que se le llama sístole, después el corazón se relaja y es la fase a la que se le llama diástole. Durante esta fase de relajación del corazón, la válvula aórtica se cierra para que la sangre no vuelva a entrar en el corazón y se pueda mantener una adecuada tensión arterial diastólica, que se conoce también como mínima. Esta característica es muy importante, ya que durante la diástole se produce la circulación coronaria, es decir, la de las arterias que alimentan al corazón.
El balón intraaórtico de contrapulsación es un dispositivo utilizado en pacientes coronarios críticos (en situación de shock), habitualmente tras sufrir un infarto agudo de miocardio.
Se implanta a través de la arteria femoral y se coloca en la arteria aorta torácica para mejorar la circulación de sangre y con ello la cantidad de oxígeno que tiene que llegar a los órganos, debido a que el corazón por si solo no puede hacerlo.
En la UCI el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería forma un equipo multidisciplinar con el médico y el enfermero. En apartados posteriores vamos a ver como el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña su trabajo, qué material debe preparar y como colabora a la mayor celeridad posible con su equipo en esta situación tan critica para el paciente.

## 2 Objetivos

1. Describir el material necesario para la técnica y como echarlo en el campo estéril.
2. Explicar el procedimiento del lavado estéril de la zona en la que se realice la cateterización del balón de contrapulsación, así como y de qué manera ayuda a su 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

El Balón Intraaórtico de Contrapulsación está formado por un catéter en cuyo extremo distal contiene un globo que se infla y se desinfla y que se coloca en la arteria aorta torácica y se conecta a una consola que suministra un gas (habitualmente helio) para su inflado y desinflado y que se sincroniza con el ciclo del corazón (sístole y diástole). De esta forma, durante la contracción del corazón (sístole) el globo se desinfla facilitando la salida de sangre desde el ventrículo izquierdo a la aorta y durante la relajación del corazón (diástole) se produce el inflado del globo con lo que se mejora la perfusión del corazón con un mayor flujo de sangre a nivel de las arterias coronarias, mejorando la función cardiaca.
Habitualmente se realiza mediante punción de la arteria femoral, previa colocación de anestesia local, mediante ecocardiografía para localizar su lugar correcto.
La vía de acceso más utilizada para su implantación es la arteria femoral, aunque se han utilizado otras como la subclavia o la axilar, para intentar favorecer la movilización precoz del paciente.
El lugar físico de implantación requiere de unas condiciones adecuadas de asepsia, así como de un espacio suficiente para la preparación de material y para la colocación de la consola para su posterior conexión al balón y su posterior funcionamiento. El lugar suele ser el quirófano de hemodinámica cardíaca, pero puede realizarse a pie de cama en la Uci. No obstante, siempre deberá hacerse un control radiológico de la ubicación del Balón de Contrapulsación tras el implante y de forma periódica para descartar movilizaciones no deseadas, especialmente en aquellos casos en que el catéter no esté fijado a la piel mediante puntos de sutura.
El procedimiento puede ser llevado a cabo por cardiólogos, cirujanos cardiacos, médicos intensivistas y el equipo debe incluir un o una enfermera con 1 año mínimo de experiencia y un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
El lugar físico donde se realice la intervención deberá garantizar la esterilidad del implante, espacio suficiente para tener la consola de balón de contrapulsación con una botella de helio en activo y una botella de repuesto o posibilidad de acceder a ella en poco tiempo y si es cerca o junto a la cama/camilla del paciente mejor, un eco cardiógrafo, sistemas digitales de monitorización en tiempo real

de las constantes: pulsioxímetro, monitor de presión arterial invasiva, toma de oxígeno, material para llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar en un carro de parada, un respirador y un desfibrilador externo, material para la realización de una pericardiocentesis percutánea de emergencia y un sistema completo de marcapasos transitorio externo.
Como se puede ver, es una técnica que requiere de gran cantidad de aparataje y material que el Técnico en Cuidados Auxiliares debe conocer a la perfección para poder colocarlo y suministrarlo a su equipo de Enfermería. Veremos a continuación el material que debe preparar:
MATERIAL
Prepararemos una mesilla auxiliar con:
Bata, campos y guantes estériles o un set de bacteriemia 0
Gasas y compresas estériles
Cepillo de clorhexidina.
Set de balón de contrapulsación con la numeración en French que nos digan.
Consola del balón de contrapulsación cargada con 1 botella de helio y otra de recambio.
Anestésico local metibacaina al 2% si el paciente está consciente se aconseja para evitar el dolor y posibles espasmos vasculares.
Cápsula o batea con 100 ml de suero previamente cargado con 1cc de heparina sódica.
Jeringas -1 ó 2 de 10 ml.
Agujas 2 intramusculares.
Seda 0 ó 1 con aguja para piel.
Bisturí.
Botes – 1 ó 2 de suero de 10ml.
Una vez que ya hemos dicho todo el material a preparar, continuamos con la explicación del proceso que hace el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:
1. Se lava las manos minuciosamente, se las seca y se pone guantes no estériles.
2. Identifica la zona de la arteria por la que el intensivista va a acceder con el catéter.
3. Rasura la zona elegida si procede, con el cepillo de clorhexidina lava la zona en círculos y con movimientos de dentro hacia afuera.
4. Con suero fisiológico aclara la zona lavada.
5. Con una compresa estéril seca la zona.
6. Rocía toda la zona con clorhexidina alcohólica al 2% y una vez seca la tapa con un paño estéril.

7. Seguidamente, se abre la primera capa del set de bacteriemia 0, coge una gasa estéril, abre el precinto y sin tocarla por dentro se la entrega al intensivista para que se seque las manos, cuando este ya ha terminado de hacerse el lavado quirúrgico.
8. El intensivista coge del set de bacteriemia 0 la bata estéril y se la pone.
9. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería sin rozar la bata por fuera, la acomoda al cuerpo del intensivista y se la ata por detrás, le ofrece un gorro y una mascarilla sin tocarlo.
10. Después selecciona el número de guante estéril, abre el precinto y sin tocarlo por dentro se lo ofrece.
11. Colabora con el intensivista en la colocación del campo estéril extendiendo los dos las sabanas estériles, solo las puede tocar de los picos que no estarán en contacto con el paciente.
12. Una vez montado el campo estéril va echando todo el material, abriendo los precintos en el aire y sin rozar el campo.
13. Una vez todo está en el campo, el intensivista comienza la canalización.
14. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que estar alerta por si hubiera algún problema, necesitara otro tipo de material o necesitaran su ayuda durante la técnica.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este proceso es muy importante porque aligera la labor tanto del intensivista como del enfermero y en situaciones de estrés como las que se viven la Uci, debe de tener la agilidad para preparar todo el material y tener en cuenta que es una técnica que se debe hacer estéril, debe asistir al enfermo, al intensivista, al paciente, tener listos todos los aparatos, enchufados, cargados y calibrados a la mayor brevedad posible, ya que es muy importante para la vida del paciente.
Las Unidades de Intensivos son complejas, por su material, por el tipo de pacientes y por las situaciones de estrés. Es fundamental lograr integrarse. Los primeros días son complicados para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería al ser una unidad muy diferente al de hospitalización. Debe tener un carácter permeable y escuchar y aprender del personal que le rodea y que por su veteranía le podrá ayudar. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son también una pieza fundamental del equipo con su experiencia y conocimientos.

# 6 Bibliografía

1. - Manual de la UCI del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.
2. - Guía practica de Enfermería en el Paciente Critico 4ª Edición del Hospital Universitario de Guadalajara del año 20
3.- Guía practica de Enfermería del paciente critico del Hospital Universitario de Toledo año 2022
4. - https:// WWW.astursalud.es_manual de UVI Hospital de Cabueñes 2019.
5. - https:// WWW.scielo.org/es/ unidad de cuidados intensivos. f
6. - Protocolos de Auxiliares de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del HIC. Abril 2000.

## Capítulo 203

# LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: LAS COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL

TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

La prevención de infecciones y la implementación de medidas de bioseguridad son aspectos imprescindibles en cualquier entorno hospitalario. En este aspecto, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña una labor imprescindible al tener competencias específicas para contribuir a la seguridad de los pacientes y al control de las infecciones nosocomiales.

La prevención de infecciones es una responsabilidad compartida por todo el equipo de salud, y el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un rol activo en esta tarea. Su formación y experiencia le permiten entender y aplicar medidas de control de infecciones de manera efectiva, ayudando a disminuir el riesgo de propagación de enfermedades dentro del entorno hospitalario.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) está capacitado para implementar y seguir protocolos y directrices establecidas para la higiene de manos, el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), la limpieza y desinfección de equipos y espacios, y la gestión adecuada de residuos biomédicos.Además,colabora en la identificación de signos de infección en los pacientes

y en la comunicación oportuna con el personal de enfermería o médico para una intervención temprana.
La competencia del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en medidas de bioseguridad también engloba la correcta manipulación y disposición de muestras y materiales biológicos, asegurando la integridad del personal y la seguridad del entorno.Además,el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) brinda educación y asesoramiento a los pacientes y sus familias sobre prácticas de higiene,precauciones específicas y autocuidado,con el fin de promover una cultura de prevención de infecciones tanto dentro como fuera del hospital.
La importancia de las competencias del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en materia de prevenir de infecciones y medidas de bioseguridad se enfoca en la promoción de un entorno seguro y saludable para los pacientes,el personal de salud y la comunicación en general.Al colaborar activamente en la implementación de estas medidas,el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) contribuye a la reducción de infecciones asociadas a la atención de salud,mejora la calidad de la atención y protege la salud de todos el personal del hospital.
En definitiva, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realizar un labor primordial en prevenir infecciones e implementar medidas de bioseguridad en el entorno hospitalario.Su competencia en este campo garantiza una atención segura y de calidad para los pacientes,además de proteger al personal de salud y a la comunidad.La formación y dedicación del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en estas unidades son importantes para mantener la integridad y seguridad en el entorno hospitalario,fortaleciendo así la confianza y el bienestar de todos los involucrados.

## 2 Objetivos

El objetivo principal es exponer las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a la hora de prevenir infecciones y medidas de seguridad en el ámbito hospitalario.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos

en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

## 4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE),desempeña un papel importante en la prevención de infecciones y la implementación de medidas de bioseguridad en el entorno de atención médica.La participación activa del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en estas áreas ha demostrado varios resultados positivos,incluyendo:

- Reducción de infecciones nosocomiales:el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ,al seguir rigurosamente los protocolos de control de infecciones y medidas de bioseguridad,contribuye a reducir la incidencia de infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario.Mediante la aplicación de técnicas de higiene adecuadas y el uso apropiado de equipo de protección personal,se reduce la transmisión de microorganismos entre pacientes y se evita la propagación de infecciones
- Mejora de la seguridad del paciente:El compromiso del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la prevención de infecciones y medidas de bioseguridad resulta en una mejora significativa en la seguridad del paciente.Al aplicar correctamente las técnicas de higiene y las precauciones específicas,se reduce el riesgo de coger infecciones durante su estancia hospitalaria,lo que proporciona una mejor calidad de atención y una recuperación más exitosa.
- Cumplimiento de estándares y regulaciones: el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se asegura de cumplir con los estándares y regulaciones establecidos en relación con la prevención de infecciones y medidas de bioseguridad.Esto conlleva seguir las pautas y directrices emitidas por organismos reguladores y autoridades sanitarias,lo que garantiza la calidad y seguridad de los cuidados dados.
- Protección del personal de salud: Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) , al aplicar correctamente las medidas de bioseguridad,contribuye a proteger al personal de salud de posibles riesgos de infecciones y exposición a agentes patógenos. El uso adecuado de equipo de protección individual y la manipulación segura de muestras y materiales biológicos reducen la posibilidad de infecciones ocupacionales y garantizan la seguridad del personal en su entorno laboral.
- Contribución a la calidad asistencial:la participación activa del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la prevención de infecciones y medidas de bioseguridad mejora la calidad asistencial a nivel general.Al garantizar un en-

torno seguro y libre de infecciones,se promueve una atención de calidad para los pacientes,se reducen las complicaciones asociadas a infecciones y se optimiza la eficiencia de los servicios de salud.
En definitiva,el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la prevención de infecciones y medidas de bioseguridad ,con resultados positivos que incluyen la reducción de infecciones nosocomiales,mejora de la seguridad del paciente,cumplimiento de estándares y regulaciones ,protección del personal de salud y contribución a la calidad asistencial.Su compromiso y competencia en estas áreas son imprescindibles para garantizar una atención segura,eficaz y de calidad en el entorno de atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la prevención de infecciones y medidas de bioseguridad es sumamente importante en el entorno de atención médica.Su participación activa y competencia en estas áreas contribuyen significativamente a garantizar un entorno seguro,proteger la salud de los pacientes y del personal de salud,y promover la calidad asistencial.
En definitiva,el labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en materia de prevenir infecciones y las medidas de bioseguridad es importante para asegurar la seguridad de los pacientes y del personal de salud en el entorno de atención médica.Su competencia en la aplicación de protocolos,la promoción de una cultura de prevención ,la detección temprana de infecciones y el manejo seguro de muestras y materiales biológicos son imprescindibles para garantizar un entorno seguro y promover la calidad asistencial.El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un rol imprescindible en el equipo de salud y su participación activa contribuye a una atención eficaz,segura y de calidad.

## 6 Bibliografía

- de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2020, September 21). El TCAE y las infecciones nosocomiales. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/tcae-infecciones-nosocomiales/
- Ocronos, R. (2022, June 6). El TCAE frente a las infecciones nosocomiales. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/tcae-prevencion-infecciones-nosocomiales/

## Capítulo 204

# LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JANETE CARINA FERNÁNDEZ PÉREZ

## 1 Introducción

Para comenzar diremos que el servicio de Urgencias de un hospital es el área donde se le ofrece al paciente un servicio de atención inmediata. La OMS define urgencia como una aparición fortuita, 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 su familia.
Se puede acudir sin cita en cualquier momento del día o de la noche, diferenciándolo así de una consulta médica habitual.
Como hay diferentes tipos de urgencias y pueden acudir muchas personas al mismo tiempo, se realiza lo que se conoce como triaje para determinar el grado de gravedad de los síntomas de los pacientes que acuden.
Según la severidad de los mismos en triaje se hace una valoración clínica previa a la médica para agilizar el proceso. Los niveles clasificados en triaje son: Nivel 1 Resucitación con riesgo vital e intervención inmediata, Nivel 2 Emergencia donde el tiempo máximo para ser atendido no debe superar los 15 minutos. Nivel 3 Urgencia, tiempo máximo de atención 30 minutos, Nivel 4 Urgencia menor, tiempo máximo de atención 60 minutos y Nivel 5 o NO urgente, atención según disponibilidad o máximo 120 minutos en la medida de lo posible.

## 2 Objetivos

Exponer cómo conseguir unos correctos cuidados y pronta recuperación del paciente en el servicio de urgencias.

## 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

En el servicio de Urgencias de un hospital el técnico auxiliar de enfermería debe desarrollar gran parte de sus conocimientos, puesto que acuden todo tipo de pacientes con todo tipo de patologías.
Entre las funciones a desarrollar por el TCAE encontramos:
-Recepción del paciente
-Toma de constantes vitales
-Recoger y guardar sus pertenencias
-Ayudar al paciente en la ingesta de medicamentos o su toma rectal
-Ayudar en su alimentación e higiene
-Resolver dudas y ayudar a los acompañantes
-Tramitar muestras de sangre, orinas, esputo solicitadas por el médico
-Ayudar en la realización de electrocardiogramas
-Preparar al paciente y el material necesario para los procedimientos, ayudando y asistiendo al enfermero.
-El material usado debe enviarlo a esterilización, recogerlo y limpiarlo.
-Anotar gráficas
-Colocar enemas si fuera necesario
-Informar al paciente y sus familiares de la normativa del hospital en cuanto a horario de visitas, número de visitantes por paciente, etc.
-Supervisión del traslado del paciente y de su alta ocupándose de dejar el box preparado para el próximo paciente.
-Comunicar cualquier cambio al enfermero/a encargado/a
-Informar de incidencias del aparataje, mal funcionamiento, etc.

-Revisión de stock de material y reposición.
-Aseo, colocación y ayuda al paciente proporcionándole lo necesario para su comodidad como por ejemplo acercarle una almohada.
-Vigilar el monitoreo del paciente
-Explicar en el relevo el estado en el que quedan sus pacientes con la mayor claridad.
Cabe resaltar que la humanización en un área como Urgencias es muy importante, el TCAE debe mostrarse respetuoso y empático, inspirar confianza (si se acude a urgencias uno siempre va nervioso), si un paciente viene solo intentar en la medida de lo posible acompañarlo, siempre prestar atención y una escucha activa y abierta y captar la mayor información posible que nos dé porque puede ayudar en su diagnóstico y quizás nos cuente cosas que por vergüenza no se ha atrevido al médico.

## 5 Discusión-Conclusión

Como el servicio de Urgencias se ve cada día más colapsado, es necesario contar con personal cualificado que sepa cuáles son sus funciones, siendo muy importante la organización para la que es imprescindible la clasificación de triaje, ya que una buena clasificación evitará pérdidas de tiempo, colapso sanitario, pruebas innecesarias, etc.
Se debe dar una atención eficaz, rápida y correcta y para ello debemos estar en constante formación como TCAE y como profesionales sanitarios, porque cada vida importa y el servicio de Urgencias requiere de toda nuestra colaboración.
Unificar protocolos y el trabajo en equipo será fundamental para el buen desarrollo del servicio.
En contra de lo que muchas veces se pueda pensar, el TCAE es uno de los profesionales sanitarios más cercanos al paciente, este muchas veces le cuenta cosas que pueden ser útiles para su tratamiento y por ello la comunicación desde el respeto con el resto de compañeros de Urgencias será nuestra mayor baza.

## 6 Bibliografía

-Álvarez M, Pérez M, González SM, Casal C. Funciones del tcae en el servicio de urgencias. Ocronos. Vol. IV. Nº 2–febrero 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº2:33
-Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ec. Madrid. Elsevier; 2017.

-Sandra M. Schneider MD, Michael E. Gallery PhD, Robert Schafermeyer MD, Frank L. Zwemer MDEmergency department crowding: A point in time
-Mackway-Jones, K y Grupo Español de triaje de Manchester. Triaje de urgencias hospitalarias. Innova Auria, S.L. 2004.

## Capítulo 205

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

## 1 Introducción

Las patologías relacionadas con las insuficiencias cardiacas afecta a las personas en todo el mundo, alrededor del uno por ciento, siendo la franja de edad más afectada sobre los cuarenta años. Esto si se refiere a la población de entre cuarenta años, porque cuando la edad se dobla, alrededor de los setenta años, el porcentaje sube al diez por ciento.
En nuestro país, las patologías cardiovasculares afecta alrededor de trescientas mil personas, falleciendo por esta causa, cerca de ciento cincuenta mil personas, casi un treinta por ciento, sobre todo, la franja de edad, mayores de setenta años, de las muertes totales que se producen.

En el contexto hospitalario, estos datos, se traducen, en que se producen cerca de cien mil ingresos hospitalarios producidos por las enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan las insuficiencias cardiacas, los infartos de miocardio, las anginas de pecho y las arritmias cardiacas, entre otras.
Toda esta cantidad de pacientes afectados son tratados y atendidos en el servicio de cardiología hospitalario, que está constituido por la unidad hospitalaria de hospitalización, las consultas de cardiología, las pruebas complementarias y la unidad de hemodinámica o intervenciones cardiológicas.
En el servicio se encuentran cardiólogos, intervencionistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

## 2 Objetivos

-Describir las diferentes unidades que compone el servicio de cardiología.
-Conocer las funciones que realiza el TCAE en cada una de las unidades del servicio de cardiología.

## 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 TCAE en las consultas externas de cardiología, gestiona la agenda programada de los pacientes, dando las citas un día y una hora concreta, y atendiendo alrededor de veinte pacientes por día. En la consulta, el TCAE, también es el encargado de solicitar las historias clínicas de los pacientes programados, para su consulta y estudio por el cardiólogo. En la consulta, el TCAE, coloca en la mesa de exploración la sabanilla correspondiente, cambiándola para cada paciente. Las revisiones de la consulta y las pruebas complementarias, el TCAE, da los volantes de dichas citas.

En la unidad hospitalaria de cardiología, los pacientes, que se encuentran ingresados, han sido intervenidos de marcapasos, de ensanchamiento de arterias coronarias, y su estado físico es delicado, por la que el TCAE, asea a los pacientes para que no realicen mucho esfuerzo. El TCAE toma la temperatura a cada paciente, anotando en la hoja de la planta, las veces y los datos obtenidos. El TCAE repone el almacén de la planta cuando el celador de almacén lleva el pedido semanal o petitorio, colocando en las estanterías la mercancía recibida, y reponiendo los carros de enfermería, en lo no relacionado con medicación, como sueros, gasas, etc.

La ropa de cama y la necesaria de la unidad, como pijamas de pacientes, y otras, el TCAE, los solicita al servicio de lencería, así, como, los materiales y mercancía necesaria para el buen funcionamiento de la unidad, al almacén de hospital.

En la unidad de hemodinámica, donde se intervienen a los pacientes, los intervencionistas realizan operaciones muy delicadas, y el TCAE, es la encargada de colaborar con los profesionales en todo lo que se le demande.

En las pruebas complementarias, el TCAE, en los ecocardiogramas, repondrá todas las salas, con sabanillas, gel, y otros elementos necesarios para las citadas pruebas. Cuando el paciente tiene movilidad reducida, colaborará con el celador en la colocación del mismo en la camilla de exploración de la prueba.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE dentro del servicio de cardiología, desarrolla unas funciones que contribuyen a la colaboración con la enfermera y sus cuidados al paciente, siendo parte integral de estos cuidados y mejora del mismo, formando parte del equipo profesional multidisciplinar que cumple con los objetivos del servicio de cardiología en todas las unidades que lo componen, así como, con los objetivos del centro hospitalario.

En relación con la formación y conocimientos del TCAE, tiene que estar continuamente actualizándose en los mismos, las técnicas de intervencionismo, cambian y mejoran constantemente, y el TCAE tiene realizar cursos de formación para saber cuáles son las técnicas y elementos nuevos.

## 6 Bibliografía

1. Epidemiologia de la insuficiencia cardiaca. Disponible en: https://www.revespcardiol.org

2. El auxiliar de enfermería en la especialidad de cardiología. Disponible en: https: //revistamedica.com
3. Estructura y funcionamiento de cardiología. Disponible en: https://www. chospab.es

## Capítulo 206

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

## 1 Introducción

La oncología es una especialidad dentro de la medicina que se encarga del estudio de los pacientes oncológicos, del cáncer que lo aqueja y de todos los indicios y síntomas que pueden tener en el organismo del mismo. La atención del paciente comienza con un diagnóstico de la enfermedad, y una vez diagnostica esta, con el proceso terapéutico para su tratamiento.
Un cáncer se produce cuando un grupo de células anormales se reproducen de manera desorbitada y en desorden en una parte del cuerpo humano, desarrollándose y traspasando los límites de su propia ubicación orgánica e infectando e invadiendo otras partes del propio cuerpo.

Los fallecimientos por cáncer, actualmente, son del quince por ciento, proporción que gracias a los nuevos avances en cuanto a técnicas terapéuticas y medicamentos de nueva generación, se está minorando.
El centro hospitalario juega un valor fundamental en el tratamiento y cuidado de los pacientes oncológicos, que cuentan con una unidad de hospitalización, donde los mismos reciben los cuidados necesarios para la mejoría de su enfermedad, y a la vez, si deben recibir ciclos de quimioterapia, aunque la mayoría de pacientes de ciclos en hospital de día oncológico, son pacientes ambulantes.
En la unidad de hospitalización se encuentran ejercitando su labor las enfermeras, oncólogos, celadores y auxiliares de enfermería.

## 2 Objetivos

-Conocer qué es la oncología como especialidad médica y la funcionalidad de la unidad hospitalaria oncológica.
-Desarrollar las funciones del TCAE en la unidad hospitalaria de oncología.

## 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 TCAE destinado en la unidad hospitalaria de oncología, en el turno de mañana, recibe a los nuevos pacientes que ingresan de manera programada, indicándoles cuál es su habitación y proviniendo de toalla, pijama y esponja, e informando al paciente de donde está el baño, de su armario y de su mesita correspondiente.
El TCAE, realiza el aseo e higiene de los pacientes que no puedan realizarlo por sí mismo, porque su estado físico está debilitado o porque presenta una movilidad reducida, con la colaboración del celador. En estos aseos del paciente, el TCAE, cambia la ropa de cama del mismo, y del pijama del paciente, colocando sabanas

y bajeras limpias, y retirando la ropa sucia hasta el canasto de ropa sucia, que posteriormente recogerá el celador de lencería.
En TCAE, a la hora de las comidas, desayuno, almuerzo, merienda y cena, dará de comer a aquellos pacientes que se encuentren solos, es decir, sin acompañantes, o no puedan alimentarse por sí mismos. Después retira las bandejas de comida y las coloca en los carros de transporte de las mismas.
Según los tiempos estipulados por el protocolo de enfermería de la unidad de enfermería, el TCAE, tomará las constantes a los pacientes, así como asistirá a la enfermera en la colocación de vías o en la realización de curas. Las constantes de temperatura, tensión arterial y glucemia, el TCAE, los pasará la hoja de la unidad del paciente, u hoja de planta.
El TCAE es el encargado del almacén de la unidad hospitalaria, esta misión aborda, la petición al almacén del hospital de todo lo necesario para la unidad hospitalaria, así como la colocación de todo el material ordenado y clasificado en las estanterías del almacén de la planta.
En la toma de muestras biológicas por la enfermera, el TCAE, los dejará en la bandeja del celador, para que este realice el oportuno traslado hasta el laboratorio correspondiente.

## 5 Discusión-Conclusión

El TCAE destinado en la unidad hospitalaria de oncología contribuye de manera muy importante en la atención y cuidado de los pacientes ingresados en la misma, ayudando con su labor, a la consecución de los estándares y protocolos del equipo multidisciplinar y de la misma unidad.
En su labor, el TCAE, debe desarrollar la escucha activa y la empatía con estos pacientes, instruyéndoles e informándoles sobre la enfermedad que los aqueja, muchos de ellos están atemorizados solamente con oír hablar la palabra cáncer, y hoy en día, el índice de éxitos en la curación de los mismos se ha incrementado notoriamente.

## 6 Bibliografía

1. Funciones del técnico de cuidados en enfermería en oncología. Disponible en: https://revistadeinvestigacion.com
2. Unidad de enfermería de oncología. Disponible en: https://sectorteruel.salud.aragon.es

3. Funciones del auxiliar de enfermería en hospitalización. Disponible en: https://revistamedica.com

## Capítulo 207

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

MARIA DEL CARMEN CAMPOS RUIZ

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

ROSA MARIA MORENO MARQUEZ

## 1 Introducción

La especialidad de rehabilitación y fisioterapia es una parte de la especialidad médica que se encarga de diagnosticar, prevenir y tratar la falta de la capacidad funcional de las personas para que en su vida día a día, puedan tener la independencia necesaria para los quehaceres diarios. De este modo el servicio de rehabilitación y fisioterapia atiende a pacientes con patologías traumatológicas, neurológicas, reumáticas, ortopédicas, etc.
El servicio de rehabilitación y fisioterapia se compone de las unidades de consultas externas, la unidad de fisioterapia y la unidad de terapia ocupacional.
En las consultas externas, el médico rehabilitador, complementa la historia clínica del paciente con los diagnósticos y las tablas de ejercicios o el proceso

para su tratamiento. Al mismo tiempo, el rehabilitador, puede pautar artilugios de ortopedia, prótesis y plantillas ortopédicas, según los casos y patologías de los pacientes.
En la unidad de fisioterapia se ponen en práctica todas las tablas de ejercicios y tratamientos prescritos, como tracciones, vendajes funcionales o estén, electroterapia, ultrasonidos, crioterapia, etc.
La unidad de terapia ocupacional se encarga de los pacientes con secuelas neurológicas y locomotoras, a través de ejercicios y prácticas realizadas por el paciente para su integración en su contexto social y familiar.
En el servicio trabajan fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores, auxiliares de enfermería y celadores.

## 2 Objetivos

-Desarrollar las funciones del TCAE en el servicio de rehabilitación y fisioterapia.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La figura del TCAE se encuentra muy presente en todas las unidades que componen el servicio de rehabilitación y fisioterapia del centro hospitalario. En las consultas externas, además de sus funciones sanitarias, realiza funciones administrativas, en la gestión de la agenda del rehabilitador, programando las citas ambulatorias y las consecuentes revisiones de los pacientes, así como, las derivaciones a otros especialistas en el caso preciso. Todas estas anotaciones son pasadas a la historia digital del paciente.
En la consulta, el TCAE, colabora con el especialista, en la colocación o sujeción del paciente en la camilla de sala, para el perfecto acomodo del paciente para la exploración que el rehabilitador le realiza al paciente. En caso de tracción de

algún miembro del paciente, el TCAE, colabora en la sujeción de dicho miembro, bien manualmente, o con la ayuda de algún utensilio, como puede ser una entremetida entre las axilas del paciente.
En la unidad de fisioterapia, el trabajo del TCAE, se hace patente, dentro del gimnasio de la unidad. El gimnasio, el TCAE, colabora con los fisioterapeutas en la colocación del paciente en las camillas para recibir el cuidado y técnica pautada, calor, ultrasonido, crioterapia, etc…, así como en la realización de los ejercicios, que acompañará al paciente que presenta menos movilidad, en la realización de los mismos.
También el TCAE, aplicará aquellos métodos ordenados por el especialista, bajo la supervisión del fisioterapeuta, como en la sala de la parafina o en los tratamientos de frio y calor.
Los pacientes con traumas neurológicos son tratados en la unidad de terapia ocupacional, donde el TCAE, seguirá las indicaciones del especialista en la colaboración de caminar o los ejercicios realizados por los pacientes, acompañando a los mismos en todo momento.

## 5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir el capítulo, resumiendo, que las funciones del TCAE en el servicio de rehabilitación y fisioterapia, son variadas, resumiéndose en la colaboración con el fisioterapeuta, el cuidado del paciente, las funciones administrativas y la reposición de las distintas unidades de material necesario.
En la colaboración de dar tratamientos, indicados por el fisioterapeuta, debe prestar especial atención a sus indicaciones, para no empeorar la situación sanitaria del paciente, a quien debe tratar siempre con empatía, paciencia y amablemente, ya que son pacientes recurrentes y tiene que tratarlos diariamente mientras dure su proceso asistencial dentro del servicio de rehabilitación y fisioterapia.

## 6 Bibliografía

1. Las funciones del TCAE en la unidad de rehabilitación. Disponible en: https://revistamedica.com
2. Funciones del TCAE en fisioterapia. Disponible en: https://auxiliarfisioterapia.es
3. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas y servicios. Disponible en: https://www.auxiliar-enfermeria.com

## Capítulo 208

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE UN PACIENTE

RAQUEL RUBIO PRESTEL

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

LIDIA GARCIA GARCIA

## 1 Introducción

Para empezar, lo primero que haremos es diferenciar entre alimentar o nutrir. Alimentar a un paciente es garantizar la ingesta de cualquier tipo de alimento para conseguir saciar el hambre, y nutrir, es la garantía de que en la ingesta de alimentos el paciente lleva asegurados los nutrientes, vitaminas y minerales que necesita por su circunstancia determinada.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener muy claro este concepto, ya que son ellos los encargados de pedir las dietas de los diferentes pacientes al servicio de cocina del hospital y por supuesto también de administrar la comida a los pacientes que lo necesiten y de comprobar que se alimentan aquellos que lo pueden hacer de manera autónoma.

En los servicios de hospitalización, nos podemos encontrar con una gran variedad de pacientes y cada uno de ellos tendrán unas necesidades alimentarias concretas. Por este motivo es necesario que el auxiliar de enfermería conozca cada una de las diferentes dietas que existen, para que estén indicadas y como se deben tomar.
Es muy importante que antes de entregar las bandejas de la comida con las diferentes dietas a los pacientes, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería supervise cada una y verifique que es la dieta correcta y la que le corresponde a cada paciente, evitando así problemas que puedan aparecer.

## 2 Objetivos

-Detallar los tipos de dietas que existen y que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben conocer.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de literatura sanitaria relacionada con el tema a tratar, desestimando aquellos artículos o publicaciones que no estén directamente relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Hemos consultado bases de datos como Medline o Pubmed para ampliar la información obtenida.

## 4 Resultados

Como hemos explicado anteriormente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, será el encargado de solicitar las dietas al servicio de cocina o a la dietista para cada uno de los pacientes.

Estas dietas siempre serán prescritas por un doctor en función a la patología que cada paciente presente. No obstante, si el auxiliar de enfermería no conoce en qué consisten los diferentes tipos de alimentación, no podrá desempeñar de manera correcta su trabajo.
- DIETA BASAL: es el tipo de dieta normal, es decir, la que puede comer cualquier paciente sin ningún problema. Consta de todo tipo de alimentos.

- DIETA BLANDA: también denominada de fácil digestión, ya que la componen alimentos blandos, que suelen ser pobres en grasas. Se emplea mucho el uso de purés y suele estar indicada también para pacientes con disfagia.
- DIETA ASTRINGENTE: de esta dieta se excluyen los alimentos que tengan fibra, ya que está indicada en pacientes que sufren diarreas o problemas de estómago.
- DIETA LÍQUIDA Y SEMILÍQUIDA: la dieta líquida está indicada en pacientes que inician tolerancia, generalmente se administra al mismo tiempo sueroterapia. La semilíquida incluye yogures o sopa y digamos que es la progresión de la líquida.
- DIETA LAXANTE: al contrario que la astringente, esta dieta se compone por alimentos ricos en fibra y muchos líquidos para favorecer la deposición.
- DIETA BAJA EN SAL O HIPOSÓDICA: alimentos exentos de sal. Puede ser una dieta blanda o basal o de cualquier tipo, pero sin sal.
- DIETA HIPERPROTEICA: está basada en el aporte de proteínas.
- DIETA HIPOPROTEICA: al contrario que la anterior, en este caso se evita la ingesta de alimentos proteicos.

Los auxiliares de enfermería en la alimentación del paciente enfermo tienen una gran responsabilidad, por lo que es muy importante que sigan una serie de pautas:
- Cuando se va a solicitar la dieta del paciente, lo primero que hay que mirar son las indicaciones del doctor. Comprobar que la dieta está pautada y que corresponde con la patología de cada paciente.
- Ante cualquier duda a la hora de solicitar la comida a cocina, es muy importante que se lo comuniquemos a la enfermera responsable del paciente.
- Una vez ya están las dietas pedidas y están traídas a planta, antes de entregar las bandejas a los pacientes hay que verificar que están correctas, para evitar cualquier error.
- Por último, y no menos importante verificar también las posibles intolerancias o alergias que puedan presentar los enfermos.

## 5 Discusión-Conclusión

Cada paciente hospitalizado presenta una serie de características diferentes, por lo que se le habrá de administrar una dieta diferente.

Lo que hay que tener claro es que independientemente de las circunstancias y el tipo de dieta de cada enfermo, a todos hay que tratar de darles una dieta equilibrada que les aporte todo aquello de lo que carecen.

El auxiliar de enfermería debe conocer muy bien en que consiste cada dieta y sobre todo la vía de administración. Es el encargado de dar de comer a aquellos

que no pueden solos y de comprobar que comen lo necesario, aquellos que son independientes para hacerlo.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 209

# LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DENTRO DEL QUIRÓFANO EN OPERACIONES POR ARTROSCOPIA

MIRIAM ALONSO CANO

SONIA BRASERO CANO

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

## 1 Introducción

En términos generales podemos decir que la artroscopia es una técnica quirúrgica que se emplea para diagnosticar y tratar los problemas que se derivan de las articulaciones, generalmente suelen ser de hombros y rodillas. Es una técnica prácticamente nada invasiva.
Consiste en la introducción de una cámara minúscula a través de una serie de pequeñas incisiones en la piel que permite acceder al interior de la articulación para poder visualizarla de una manera más clara y completa.

La realización de este tipo de procedimientos, aparte de ser efectivos, aseguran una mejor recuperación del paciente frente a la patología que padecen. Además de ser intervenciones mucho más rápidas que si se realizasen como una cirugía abierta.
Para la realización de la artroscopia tan solo es necesario que se realicen un o dos incisiones que tampoco han de ser muy grandes. Generalmente se realizan dos, una para la introducción de la cámara y la otra es por la que se introduce el instrumental que necesitan para llevar a cabo la realización del tratamiento o diagnóstico.
Generalmente esta práctica la realiza el traumatólogo ayudado del profesional de enfermería, que será el encargado de instrumentar y asistir al doctor. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) dentro del quirófano tiene como labor principal asistir en lo que precise tanto el doctor como la enfermera instrumentista.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer y explicar en qué consisten las cirugías realizadas por la técnica de la artroscopia.
- Exponer las diferentes funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este tipo de cirugía mediante artroscopia.
- Explicar las ventajas e inconvenientes de dicha práctica.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 hemos visto anteriormente, las artroscopias son intervenciones quirúrgicas mucho menos invasivas y que obtienen unos resultados muy buenos en cuanto al tratamiento de la dolencia y también en la recuperación del propio paciente.

En este tipo de intervenciones el equipo de trabajo está formado por un anestesista, el médico especialista que realiza la intervención, dos enfermeros, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los celadores de quirófano.
En esta ocasión nos vamos a centrar en la figura del auxiliar de enfermería. Realiza diversas funciones dentro del quirófano, pero quizá una de las más relevantes sea el trato que proporciona al paciente.
Hay que tener en cuenta que cuando una persona entra en el quirófano por el motivo que sea, lo hace en una situación de vulnerabilidad y nerviosismo. Por eso es necesario ese trato amable que le brinde seguridad y le ayude a tranquilizarse.
Antes de comenzar la cirugía, el auxiliar es quien se encarga de preparar el quirófano. Enciende ordenadores, prepara mesa de quirófano, prepara material y los carros de especialidad.
Es necesario que prepare todo el equipo de artroscopia como la cámara, los monitores, el cableado y los sistemas de desagüe.
Cuando el paciente entra a quirófano es el auxiliar de enfermería quien ayuda al celador a colocar y a posicionar de la manera correcta al paciente en la mesa de quirófano.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de ayudar a ponerse estéril tanto a médicos como a enfermeros, realizándolo con la técnica adecuada.
Una vez ya ha comenzado la cirugía, el auxiliar de enfermería debe cooperar con enfermería cuando estos le requieran. Además de todo esto, también es el encargado de la limpieza del instrumental para su posterior esterilización.
Por último, y una vez finalizada la intervención, es el TCAE, quien se encarga de recoger y limpiar las zonas de trabajo dentro del quirófano, como las mesas y las cigüeñas, se limpian las pantallas del equipo de artroscopia, se retiran paños y sabanas usadas y se limpia y desinfecta la mesa de operaciones.
El resto de la limpieza lo lleva a cabo el servicio de limpieza de quirófanos. Una vez todo esta perfecto el auxiliar vuelve a preparar el quirófano para una nueva intervención.

## 5 Discusión-Conclusión

Con el avance de la ciencia, se recurre cada vez más a diferentes técnicas más innovadoras y menos agresivas para el paciente.
El personal sanitario debe conocer a la perfección en que consiste este tipo de operaciones y que funciones deben realizar cada uno.

Todos los quirófanos han de estar ya preparados y tener las instalaciones necesarias para poder llevar a cabo cualquier tipo de cirugía.
El auxiliar de enfermería en el servicio de quirófano realiza tareas muy específicas que nada tienen que ver con las que se realizan en servicios más comunes, por lo que debe estar muy bien preparado y formado en la materia y así asegurar una buena realización del trabajo por parte de todo el equipo.
Hay que destacar que, aunque es muy importante que cada profesional conozca perfectamente las tareas que tiene que desempeñar y cómo hacerlo, no debemos olvidar que es un servicio donde es trabajo se debe realizar en equipo y con una especial coordinación.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/protocolo-actuacion-tcae-quirofano/amp/.
2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/preparacion-de-quirofano-en-cirugia-artroscopica-de-hombro/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 210

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS MASAJES A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

CORAL RAMÍREZ MORA

## 1 Introducción

El término ”masaje terapéutico” se refiere a una amplia gama de técnicas de masaje que se utilizan para tratar trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos, promover la eliminación de toxinas, estimular la circulación sanguínea y linfática y mejorar la oxigenación de los tejidos. Al favorecer la producción natural de endorfinas, también se utilizan para reducir el estrés y el mal humor.

Desde los albores de los tiempos, los masajes se han utilizado para tratar enfermedades y aliviar el dolor. Aunque el primer uso registrado de la terapia de

masaje se remonta al año 2700 a. C., desde entonces se ha practicado con fines curativos. Sin embargo, data del 500 a.C. dónde buscar ejemplos escritos de masajes en diversas civilizaciones y culturas.
Como se ha comentado anteriormente, al hablar de masaje nos referimos a una serie de movimientos (caricias, fricciones, amasamientos y/o percusiones) que se aplican sobre el cuerpo humano de forma rítmica y con la intensidad adecuada con el fin de relajar los músculos, aliviar dolor y/o mejorar lesiones.
Hemos decidido dedicar este capítulo a concienciar sobre los distintos tipos de maniobras, que están disponibles para realizar masajes y cómo se aplica un masaje. Aunque el masaje debe ser realizado por un DUE, ocasionalmente también podrá realizarlas el técnico en cuidados de enfermería, siempre bajo la supervisión de un DUE.

## 2 Objetivos

- Explicar las diferentes maniobras que se utilizan para llevar a cabo un masaje y con qué finalidad se utiliza cada una de ellas.

## 3 Metodología

Para poder llevar a cabo el desarrollo de este capítulo hemos realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual hemos utilizado:
Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave utilizadas para la búsqueda: masaje, paciente, auxiliar enfermería.

## 4 Resultados

Se pueden clasificar las diferentes técnicas de masaje al paciente en las siguientes descripciones:
- Amasamiento: se utiliza para aliviar los calambres musculares y aumentar el flujo sanguíneo. El tejido muscular se agarra, se levanta y se desliza para llevarlo a cabo.
- Los golpecitos tienen un efecto energizante. Dar golpes rápidos, ligeros y que no deban doler
- Acariciar: se utiliza para reducir la presión arterial y el ritmo cardíaco. El pañuelo se pasa suavemente sobre las yemas de los dedos o las palmas de la

mano sin deslizarse. Este tipo de maniobra requiere movimientos largos y lentos con ascensos firmes y descensos suaves.
-Fricción: técnica utilizada para reducir el dolor. Incluso si se realizan movimientos en los planos superficiales de la piel durante este tipo de maniobra, la piel no debe dislocarse. Se requieren movimientos cortos, firmes y profundos.
A la hora de dar un masaje se deben seguir las siguientes pautas generales:
- El masaje comienza suavemente y finaliza suavemente.
- El masaje debe durar entre 5 y 15 minutos por cada zona a trabajar.
- Para realizarlo se utiliza loción o crema hidratante.
- Se aconseja seguir la higiene personal del paciente.
- Los masajes sólo se dan cuando no existen contracturas.
- El paciente y el DUE deben estar en una posición lo más cómoda posible para ambos antes de que pueda comenzar el masaje.
- El técnico de cuidados de enfermería sólo podrá dar el masaje si está presente un DUE que lo supervise en todo momento.
- El paciente no debe sentir ningún dolor durante el masaje en ningún momento.
- Se deben gestionar posibles lesiones cutáneas durante el masaje. Debes reportar cualquier cambio que se note.
- Si la piel estuviera enrojecida, no se debe aplicar ninguna maniobra de masaje por si hay algún cambio en la piel.

## 5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que los técnicos en cuidados de enfermería tengan conocimiento y experiencia previa en todos los protocolos de actuación desarrollados en el tema de masajes a pacientes en los centros sanitarios
El masaje no es una función específica del TCAE. Para poder realizar el masaje, es necesario conocer los distintos tipos de maniobras de aplicación y las reglas generales a seguir, ya que podemos vernos en la necesidad de utilizarlas (siempre bajo la supervisión de un DUE). Sin este conocimiento y la capacidad de utilizarlo, será un desafío para los técnicos auxiliares de enfermería completar este tipo de tareas, y mucho menos brindar al paciente la atención de alta calidad que se merece.

## 6 Bibliografía

https://revistas-portalesmedicos.com.

## Capítulo 211

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PACIENTES CON RESPIRACIÓN ASISTIDA

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

## 1 Introducción

La ventilación mecánica es un proceso de situación temporal de la función respiratoria espontánea, cuando es inexistente o ineficaz.
Los pacientes que se encuentran con respiración asistida invasiva deben estar en un nivel bajo de consciencia, sedados para poder tolerar la intubación.
Para el control del dolor, se tiene que administrar analgésicos al paciente y en ocasiones hay que hacerle un bloqueo neuromuscular, es decir, se paraliza su cuerpo para que sus músculos no hagan resistencia cuando les metemos el aire.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los pacientes intubados se pongan en posición prono (boca abajo) al menos de 12 a 16 horas al día en

pacientes graves con síndrome de dificultad respiratoria, ya que se ha comprobado que el riesgo de muerte es inferior.
Los respiradores son equipos invasivos muy precisos y complejos, diseñados para su utilización en el soporte vital de un paciente que está en una situación crítica, además, su uso puede dejar secuelas en los pacientes.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el encargado de preparar y reponer el material, colaborando en lo que solicite el médico, mantener limpias y desinfectadas las conexiones, colaborar en la aspiración de secreciones y realizar la higiene oral del paciente.
A lo largo de este capítulo veremos la respiración manual con balón autoinflable (ambú), la ventilación mecánica (VM), las complicaciones que pueden surgir en la ventilación mecánica y el cuidado de la boca del paciente con respiradores.

## 2 Objetivos

Explicar e indicar cómo funciona la respiración asistida de los pacientes y las funciones realizadas al respecto por parte de los TCAE.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

* Ventilación manual con AMBÚ. Ambú es una máscara unida a un globo que utiliza presión positiva intermitente para inyectar aire en los pulmones. También se puede conectar a una máquina de oxígeno. Se evita la exhalación a través de otra válvula unidireccional sin necesidad de quitarse la mascarilla. Ambú es una marca comercial de máscaras de reservorio, pero debido a su popularidad, ahora se las conoce colectivamente como ambú. Métodos de ventilación manual:
1 Lávese las manos y use guantes. 2. Explique el procedimiento al paciente. 3. Conecte el globo autoinflable a la fuente de oxígeno. 4. Si existen secreciones en nasofaringe, boca u orofaringe, se deben aspirar para que no entren al tracto

respiratorio inferior. 5. Colocar la mascarilla en el rostro del paciente, colocar el pulgar encima de la nariz y el dedo índice en la barbilla. Levante y sostenga la mandíbula inferior con los dedos restantes para evitar que el aire soplado se escape y bloquee las vías respiratorias al bajar la lengua hacia atrás (el aire que ingresa al estómago puede hacer que el estómago se expanda). 6. Usa la otra mano para apretar la pelota e inyectar aire. Si el paciente respira espontáneamente, el método de insuflación se ajusta según estas condiciones. 7. Compruebe que la ventilación sea buena y observe que el pecho se eleva al inhalar. De lo contrario, verifique si la mascarilla se ajusta a su cara, mandíbula u objetos extraños en las vías respiratorias. 8. Calmar al paciente, recoger materiales y lavarse las manos. Cuando el paciente está intubado o tiene un tubo de traqueostomía, se debe retirar la máscara del balón autoinflable y fijar el ambú directamente al tubo. Si está conectado a un ventilador y sufre un paro cardíaco, le retiramos el ventilador y lo ventilamos manualmente con masaje cardíaco. Ventilación mecánica (VM). Hace circular una mezcla de aire y oxígeno a través de las vías respiratorias bajo la presión de un ventilador o respirador que es suficiente para superar la resistencia de la pared torácica y el estancamiento pulmonar e iniciar la inhalación. El flujo de aire se mide en litros por minuto (l/min). La concentración de oxígeno puede variar del 21% al 100%. También se pueden ajustar la temperatura y la concentración del gas. _ ¿Cómo funciona un respirador?

* Manometría o presión Cuando se alcanza la presión programada, la fase de exhalación comienza de forma espontánea. Suelen tener alarmas de hipoventilación.
* La medición de volumen proporciona una cantidad preestablecida de gas independientemente de la presión. Superar la presión segura activa una alarma. Grado de asistencia ventilatoria mecánica:

* Respiración asistida: Ayuda al paciente a respirar por sí solo. * Respiración controlada: ayuda a solucionar el problema de la respiración insuficiente proporcionando ventilación adicional. * Respiración controlada: el respirador controla y realiza las funciones respiratorias sin que el paciente realice ningún trabajo. Complicaciones de la ventilación mecánica:

• El paciente se desconecta accidentalmente del ventilador. • Falla del ventilador mecánico. • Riesgo de infección. Para minimizar esto, las etiquetas de los respiradores deben cambiarse cada 48 horas y todas las conexiones y equipos utilizados deben mantenerse limpios y desinfectados. • El trabajo respiratorio del paciente aumenta. • Disminución de la presión arterial debido a la disminución del gasto cardíaco. • El paciente está hiperventilando debido a la agitación. • Algunos tipos de ventilación requieren que el paciente esté sedado y relajado para permitirle adaptarse al ventilador. • Rotura de alvéolos por presión (neumotórax).

• Una concentración de oxígeno superior al 60% durante un período prolongado puede provocar fibrosis pulmonar.

## 5 Discusión-Conclusión

Se concluye este capítulo destacando que los Técnicos auxiliares de enfermería deben tener preparados tanto el instrumental como la medicación que se vaya a necesitar en el procedimiento para cuando la solicite el médico.
También es importante cuidar la higiene bucal de este tipo de pacientes, este procedimiento se lleva a cabo con una torunda (especie de lechinos que se hacen con estopas o con hilas. Los filamentos se colocan y mantienen paralelamente a su longitud por un hilo que le da vueltas, más o menos apretadas, según que se necesita que la torunda sea más o menos firme y dura).

## 6 Bibliografía

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403303781545
https://maldita.es/malditaciencia/20200601/ventilacion-asistida/
TEMARIO especifico para TCAE. Cuidados Básicos de enfermería aplicadas a las necesidades humanas.
Experiencia laboral propia en el Sistema de Salud de Madrid. SERMAS.
- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

## Capítulo 212

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO DE PARKINSON

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

## 1 Introducción

El enfermo de Parkinson es un individuo afectado por la enfermedad de Parkinson, una afección neurológica crónica y progresiva que afecta el sistema nervioso central. Esta enfermedad se caracteriza principalmente por la degeneración de las células nerviosas productoras de dopamina en una región del cerebro llamada sustancia negra. La dopamina es un neurotransmisor esencial para el control del movimiento y la coordinación muscular.

Los enfermos de Parkinson experimentan una variedad de síntomas que pueden variar en gravedad y evolución con el tiempo. Los síntomas más comunes incluyen temblores, rigidez muscular, bradicinesia (movimientos lentos), inestabilidad postural y dificultades en la marcha. A medida que la enfermedad progresa,

pueden surgir otros síntomas no motores, como trastornos del sueño, depresión, problemas cognitivos y dificultades en la comunicación.
El diagnóstico del enfermo de Parkinson se basa en la evaluación clínica de los síntomas y, a menudo, se utiliza la respuesta a la terapia farmacológica como confirmación. Aunque la enfermedad de Parkinson no tiene cura, existen tratamientos disponibles que pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos tratamientos pueden incluir medicamentos, terapia física y ocupacional, así como intervenciones quirúrgicas en casos selectos.
El cuidado y el apoyo a los enfermos de Parkinson son esenciales. Los pacientes a menudo requieren una atención multidisciplinaria que involucra a neurólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y profesionales de la salud mental para abordar los diversos aspectos de la enfermedad. Además, el apoyo emocional y la educación tanto para los pacientes como para sus familiares son fundamentales para enfrentar los desafíos que presenta esta enfermedad neurodegenerativa a lo largo del tiempo.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el paciente con enfermedad de Parkinson.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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) es crucial en el cuidado de los enfermos de Parkinson, ya que estos pacientes a menudo requieren atención especializada y apoyo continuo debido a los síntomas motores y no motores de la enfermedad. Aquí se describen algunas de las funciones clave del TCAE en el cuidado de pacientes con Parkinson:

Monitorización de síntomas: El TCAE realiza un seguimiento constante de los síntomas motores, como temblores, rigidez muscular y dificultades en la movilidad. También presta atención a los síntomas no motores, como problemas de sueño, depresión o ansiedad.
Ayuda en la higiene y movilización: Muchos enfermos de Parkinson experimentan dificultades en la realización de actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse o movilizarse. El TCAE brinda asistencia en estas tareas para promover la autonomía del paciente.
Administración de medicamentos: Los pacientes con Parkinson a menudo requieren medicamentos para controlar los síntomas. El TCAE administra los medicamentos según las prescripciones médicas, asegurando que se siga el horario adecuado y la dosificación correcta.
Fomento del ejercicio: La fisioterapia y el ejercicio son fundamentales para mantener la movilidad y prevenir la rigidez muscular. El TCAE puede colaborar con el fisioterapeuta para llevar a cabo ejercicios y movimientos terapéuticos.
Ayuda en la alimentación: Los problemas de deglución pueden ser un desafío para los pacientes con Parkinson. El TCAE puede ayudar con la alimentación y asegurarse de que el paciente coma de manera segura.
Seguridad y prevención de caídas: Los enfermos de Parkinson tienen un mayor riesgo de caídas debido a la inestabilidad postural. El TCAE debe prestar atención a la seguridad del entorno, eliminando obstáculos y ayudando al paciente a moverse de manera segura.
Apoyo emocional: La enfermedad de Parkinson puede ser emocionalmente desafiante tanto para el paciente como para su familia. El TCAE brinda apoyo emocional, escucha las preocupaciones del paciente y lo alienta a expresar sus sentimientos.
Comunicación con el equipo de atención: El TCAE colabora con el equipo de atención médica, informando sobre el estado del paciente y siguiendo las pautas de tratamiento establecidas.
Documentación precisa: Mantener registros precisos de las intervenciones y cambios en el estado del paciente es esencial para el seguimiento y la toma de decisiones médicas.
Educación: El TCAE educa al paciente y a su familia sobre la enfermedad de Parkinson, los síntomas, el tratamiento y las estrategias para el autocuidado.
El TCAE desempeña un papel integral en el cuidado de los enfermos de Parkinson, proporcionando apoyo físico, emocional y de autocuidado para mejorar su calidad de vida y brindar una atención integral. Su dedicación y atención a los detalles son esenciales para el bienestar de estos pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para un buen cuidado del enfermo de Parkinson por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es la paciencia y la empatía. El Parkinson puede presentar desafíos tanto físicos como emocionales para el paciente, y es fundamental brindar apoyo comprensivo. Escuchar con atención, mostrar paciencia ante los movimientos lentos o las dificultades en la comunicación y transmitir empatía son prácticas esenciales.

Además, la seguridad es primordial. El TCAE debe prestar atención a la prevención de caídas y lesiones, asegurando un entorno libre de obstáculos y supervisando de cerca al paciente durante las actividades diarias. La administración correcta de medicamentos y la colaboración estrecha con el equipo de atención médica son igualmente esenciales para garantizar un tratamiento efectivo.

En conjunto, la paciencia, la empatía, la seguridad y la colaboración son herramientas fundamentales para brindar un cuidado de alta calidad a los enfermos de Parkinson, mejorando su calidad de vida y bienestar.

## 6 Bibliografía

1. García Ballesteros, M. (2023). Desarrollo de una aplicación HTML5 Responsive para asociaciones de enfermos de Parkinson (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de València).

## Capítulo 213

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO CON TUBERCULOSIS

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

## 1 Introducción

Un enfermo de tuberculosis (TB) es una persona que ha contraído la tuberculosis, una infección bacteriana causada por el Mycobacterium tuberculosis. Esta enfermedad puede afectar principalmente los pulmones, aunque también puede propagarse a otros órganos y sistemas del cuerpo. La tuberculosis es una enfermedad contagiosa y puede transmitirse de una persona a otra a través del aire cuando una persona infectada tose o estornuda.

Los síntomas más comunes de la tuberculosis incluyen tos persistente, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y debilidad general. Sin embargo, no todos los enfermos de tuberculosis presentan síntomas, lo que se conoce como tuberculosis latente, y pueden ser portadores sin sentirse enfermos.

El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para el manejo de la tuberculosis. El tratamiento suele consistir en una combinación de antibióticos durante un período prolongado, a menudo de seis meses o más. Es importante que los enfermos de tuberculosis sigan el tratamiento de manera constante y completa para evitar la resistencia a los medicamentos y la propagación de la enfermedad.
El cuidado y la atención a los enfermos de tuberculosis involucran no solo el tratamiento médico, sino también la educación sobre la prevención de la propagación de la infección, el apoyo emocional y la supervisión médica regular para evaluar la respuesta al tratamiento.
Además, en muchos países, existen programas de salud pública destinados a controlar la tuberculosis, incluyendo la identificación de casos, el tratamiento y la educación a la comunidad para prevenir la propagación de la enfermedad. La cooperación entre los sistemas de atención médica y la participación activa de los pacientes son esenciales para combatir eficazmente la tuberculosis y reducir su impacto en la salud pública.

## 2 Objetivos

-Informar sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo del paciente con tuberculosis.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el cuidado de los enfermos de tuberculosis (TB). La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que requiere atención especializada y medidas de prevención para evitar su propagación. Aquí se describen algunas de las funciones clave del TCAE en el cuidado de los pacientes con tuberculosis:

Control de infecciones: La tuberculosis es una enfermedad altamente contagiosa. El TCAE debe seguir estrictas medidas de control de infecciones, como el uso de equipo de protección personal (EPP) y la promoción de la higiene de manos, para minimizar el riesgo de contagio durante la atención al paciente.
Educación al paciente: El TCAE desempeña un papel importante en la educación del paciente sobre la tuberculosis, incluyendo la importancia de seguir el tratamiento correctamente, las medidas de prevención de la propagación de la enfermedad y cómo reconocer los signos de deterioro en su salud.
Administración de medicamentos: Los pacientes con tuberculosis suelen requerir tratamiento con múltiples medicamentos durante un período prolongado. El TCAE puede ser responsable de administrar estos medicamentos según las prescripciones médicas y asegurarse de que se cumplan los horarios adecuados.
Apoyo emocional: La tuberculosis puede ser una experiencia emocionalmente desafiante para el paciente. El TCAE brinda apoyo emocional, escuchando las preocupaciones del paciente y proporcionando consuelo.
Monitorización de síntomas: El TCAE realiza un seguimiento constante de los síntomas del paciente, como la tos persistente, la fiebre y la pérdida de peso, y comunica cualquier cambio al equipo médico.
Higiene y cuidado personal: Los pacientes con tuberculosis pueden tener limitaciones en su capacidad para cuidar de sí mismos debido a los síntomas de la enfermedad. El TCAE brinda asistencia en la higiene personal y el autocuidado, promoviendo la comodidad y la dignidad del paciente.
Comunicación con el equipo de salud: El TCAE se comunica regularmente con el equipo de atención médica, informando sobre el estado del paciente y colaborando en la coordinación del tratamiento.
Seguimiento de las directrices de tratamiento: El TCAE sigue las directrices de tratamiento y las indicaciones del equipo médico, asegurándose de que el paciente reciba la atención adecuada y el apoyo necesario.
Educación a la comunidad: El TCAE puede participar en la educación a la comunidad sobre la tuberculosis, promoviendo la conciencia sobre la enfermedad y las medidas de prevención.
El TCAE desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes con tuberculosis, proporcionando atención especializada, apoyo emocional y contribuyendo a la prevención de la propagación de la enfermedad. Su compromiso con las medidas de control de infecciones y la educación al paciente son fundamentales para garantizar un tratamiento efectivo y un ambiente seguro para todos los involucrados.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el tratamiento de un enfermo de tuberculosis es priorizar rigurosamente las medidas de control de infecciones. Esto incluye el uso adecuado del equipo de protección personal (EPP) para prevenir la propagación de la enfermedad y garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal de salud.

Además, es esencial brindar educación constante al paciente sobre la importancia de seguir el tratamiento de manera regular y completa. El TCAE debe asegurarse de que el paciente comprenda las instrucciones y esté comprometido con su recuperación.

La empatía y el apoyo emocional son igualmente cruciales, ya que la tuberculosis puede ser una experiencia emocionalmente desafiante. Escuchar las preocupaciones del paciente y proporcionar un entorno de cuidado compasivo son parte integral del tratamiento.

Por último, la comunicación efectiva con el equipo de atención médica y la documentación precisa de las intervenciones realizadas son prácticas esenciales para un tratamiento exitoso y la prevención de complicaciones.

## 6 Bibliografía

1. Negri Imaz, E. D. (2021). Perfil socio demográfico de enfermos con Tuberculosis en el hospital distrital en la Ciudad de Hernandarias–PY 2013 a 2018 (Bachelor's thesis).

## Capítulo 214

# FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO DE SIDA

LARA RAMOS SANCHEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ DÍAZ

CRISTINA ISABEL HERNANDEZ ARJONA

MARIA SOLEDAD BAJO JIMÉNEZ

MARÍA NOELIA PLEITE PANIAGUA

## 1 Introducción

El término ”enfermo de SIDA” se refiere a una persona que ha desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, conocido como SIDA. El SIDA es la etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), una enfermedad que afecta el sistema inmunológico del cuerpo. El VIH ataca y debilita las células del sistema inmunológico, específicamente los linfocitos T CD4+, que son responsables de defender al organismo contra infecciones y enfermedades.

Cuando una persona con VIH no recibe tratamiento oportuno y eficaz, su sistema inmunológico se debilita progresivamente, y puede llegar a un punto en el que

no puede combatir las infecciones de manera efectiva. En este punto, se dice que la persona ha desarrollado el SIDA. La característica distintiva del SIDA es la presencia de infecciones oportunistas graves y/o ciertos tipos de cáncer, que se producen debido a la inmunodeficiencia extrema.
Las personas con SIDA están en alto riesgo de padecer complicaciones médicas graves y su calidad de vida se ve significativamente afectada. Sin embargo, con el tratamiento médico adecuado, que a menudo incluye la terapia antirretroviral (TAR) y la profilaxis contra infecciones oportunistas, muchas personas con VIH pueden prevenir la progresión al SIDA y llevar una vida más saludable y prolongada.
Es importante destacar que el término ”enfermo de SIDA” es una expresión que se usó con mayor frecuencia en las primeras décadas de la epidemia de VIH/SIDA. En la actualidad, se prefiere utilizar un lenguaje más preciso, como ”persona con VIH/SIDA”, para destigmatizar la enfermedad y centrarse en la atención médica y el apoyo a las personas afectadas.

## 2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo del paciente diagnosticado de SIDA.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 significativo en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Estas personas requieren una atención especializada debido a su sistema inmunológico debilitado y las posibles complicaciones médicas asociadas con el SIDA. Aquí se describen algunas de las funciones clave del TCAE en el cuidado de pacientes enfermos de SIDA:

Control de infecciones: El TCAE debe seguir rigurosamente las medidas de control de infecciones para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones. Esto incluye el uso de equipo de protección personal (EPP) durante la atención al paciente y la promoción de la higiene de manos adecuada.
Administración de medicamentos: Los pacientes con VIH/SIDA a menudo requieren tratamiento antirretroviral (TAR) para controlar la infección y mantener su sistema inmunológico. El TCAE puede ayudar en la administración de estos medicamentos según las prescripciones médicas y asegurarse de que se siga el horario adecuado.
Monitorización de síntomas: El TCAE realiza un seguimiento constante de los síntomas y efectos secundarios del tratamiento, como cambios en el recuento de células CD4+ y carga viral. Comunicar cualquier cambio al equipo de atención médica es esencial para ajustar el tratamiento.
Apoyo emocional: El diagnóstico de VIH/SIDA puede ser emocionalmente abrumador. El TCAE brinda apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un entorno de cuidado compasivo.
Asistencia en actividades de la vida diaria: Los pacientes con SIDA pueden experimentar debilidad y fatiga. El TCAE brinda asistencia en actividades de la vida diaria, como la higiene personal, la movilización y la alimentación, para promover la comodidad y la dignidad del paciente.
Educación al paciente: El TCAE educa al paciente sobre la importancia de seguir el tratamiento de manera constante y completa, así como sobre las medidas de prevención de infecciones oportunas. La educación es crucial para el autocuidado y la prevención de recaídas.
Comunicación con el equipo de salud: El TCAE se comunica de manera efectiva con el equipo de atención médica, informando sobre el estado del paciente y siguiendo las indicaciones médicas.
Prevención de complicaciones: Los pacientes con VIH/SIDA están en riesgo de desarrollar infecciones oportunistas y otras complicaciones médicas. El TCAE debe prestar atención a la prevención y detección temprana de estas complicaciones.
Seguimiento de las directrices de tratamiento: El TCAE sigue las directrices de tratamiento y las indicaciones del equipo médico, asegurándose de que el paciente reciba la atención adecuada y el apoyo necesario.
El TCAE desempeña un papel integral en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA, brindando apoyo físico, emocional y de autocuidado para mejorar su calidad de vida y bienestar. La prevención de infecciones, la administración de medicamentos y la comunicación efectiva son fundamentales para un tratamiento exitoso y una atención compasiva.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para brindar un buen cuidado al enfermo de VIH/SIDA es enfocarse en la empatía y el respeto. El estigma asociado con esta enfermedad puede ser perjudicial para la salud emocional del paciente, por lo que es fundamental crear un ambiente de atención libre de prejuicios. Escuchar con atención las preocupaciones del paciente, respetar su privacidad y tratarlo con dignidad son prácticas clave.

Además, la educación constante es crucial. El TCAE debe asegurarse de que el paciente comprenda la importancia de tomar sus medicamentos de manera regular y seguir las medidas de prevención de infecciones. Proporcionar información actualizada y precisa es esencial para empoderar al paciente en su propio cuidado y reducir el riesgo de complicaciones.

En conjunto, la empatía, el respeto y la educación son pilares fundamentales para un cuidado efectivo y compasivo del enfermo de VIH/SIDA, promoviendo su bienestar físico y emocional.

## 6 Bibliografía

1. Sánchez, C. R. (2022). Papel de la translocación bacteriana en las modificaciones numéricas y funcionales de los neutrófilos en enfermos por vih (Doctoral dissertation, Universidad de Cádiz).

## Capítulo 215

# LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS ENFERMOS CONECTADOS A UN RESPIRADOR

CORAL RAMÍREZ MORA

ALEJANDRO CAMPOS DE LA CRUZ

AQUILINA CERDAN JIMENEZ

JUDY GUEIZA REYNOLDS CALDERÓN

ANTONIA MAESTRE GONZÁLEZ

## 1 Introducción

En este capítulo, nos centraremos de forma prioritaria en la terapia ventilatoria y la atención necesaria para los pacientes conectados a un ventilador o respirador, una situación que lamentablemente nos hemos encontrado con demasiada frecuencia desde el inicio de la pandemia de Covid-19 en los centros hospitalarios.
La ventiloterapia, también conocida como respiración artificial, es un procedimiento médico que se utiliza en pacientes para inducir métodos artificiales mecánicos (a través de una máquina) en sus patrones de respiración. Para ello es necesario suprimir la respiración natural del paciente.

Tomar aire del ambiente (oxígeno) y liberar dióxido de carbono al exterior es a lo que nos referimos cuando hablamos de respiración, que es el proceso por el cual los seres vivos intercambian gases con el ambiente.
En circunstancias normales, es decir, en individuos sanos, este proceso es automático y gestionado por el centro respiratorio, que se encuentra en la parte inferior del cerebro. No es necesario ningún método de respiración artificial.
Cuando una patología interfiere en este proceso e imposibilita que el paciente respire oxígeno o expulse dióxido de carbono, en el ámbito hospitalario se utiliza la oxigenoterapia o la terapia ventilatoria para tratar la afección.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) formarán parte del equipo médico encargado de atender a estos pacientes.

## 2 Objetivos

- Enumerar los cuidados necesarios que deben tener los pacientes que están conectados a un ventilador o respirador y las funciones de los TCAE para con estos pacientes.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Se conecta un respirador al paciente a través de un tubo endotraqueal o una traqueotomía durante la ventilación mecánica invasiva, una técnica de respiración artificial que tiene como objetivo reemplazar la función ventilatoria.
El médico establece esta conexión con la ayuda de enfermería. Los técnicos en cuidados de enfermería trabajan conjuntamente siempre que se solicite su asistencia en el desarrollo de cuidados generales, cuidados especiales y monitorización respiratoria.
Las funciones de los TCAE serán asistir al paciente que está conectado a un ventilador o respirador:

- Los pacientes que tienen una higiene bucal y ocular parcial requieren atención adicional al realizar el cuidado de higiene personal, diario y según sea necesario. Se deben mantener los ojos cerrados cuando el paciente esté inconsciente, utilizando cualquier material necesario para ello.
- Tome precauciones adicionales para prevenir úlceras por presión utilizando la técnica de cambio de posición o utilizando dispositivos cuando sea apropiado.
- Cuidar la cánula de traqueotomía.
- Aspirar secreciones.
- Apoyo psicológico y emocional si el paciente está despierto.
- El respirador debe estar en óptimas condiciones de funcionamiento; por lo que si se produce alguna anomalía se debe pulsar el botón de alarma. Además, se deben evitar movimientos bruscos con el paciente para evitar cualquier desconexión y se deben cambiar diariamente los tubos, el humidificador y los accesorios, como los filtros.
- Mantenga un control continuo de la oxigenación del paciente para poder ajustar la configuración del respirador según sea necesario.

La ventiloterapia es una técnica de ventilación mecánica invasiva o no invasiva en la que se utilizan ventiladores o respiradores para realizar el procedimiento respiratorio en lugar del paciente durante un período corto o largo.
Los ventiladores y respiradores vienen en las siguientes variedades:
- Respirador manométrico: Este dispositivo, que solo controla la presión, se suele utilizar en el periodo de recuperación tras la cirugía.
- Respiradores volumétricos: Estos respiradores permiten una regulación precisa de la frecuencia respiratoria, el volumen, el contenido de oxígeno y el tiempo de inspiración-espiración.
- Respiradores de ciclo temporal: Con ellos se controla todo el proceso respiratorio, incluyendo la inspiración, pausa y espiración.

## 5 Discusión-Conclusión

Dado que su principal responsabilidad con estos pacientes es apoyar a los demás miembros del equipo, siempre es crucial, pero es especialmente crucial que los técnicos que trabajan en esta unidad demuestren amabilidad, empatía, seriedad, profesionalismo y sentido de trabajo en equipo.
Los técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) que desempeñan sus funciones con estos pacientes suelen tener, además del diploma que los acredita como TCAE, un curso de especialidad para trabajar en este servicio, con el que conocen

perfectamente los diferentes tipos de respiradores que se utilizan, las circunstancias en las que se utiliza cada uno de ellos, así como la atención única que necesita un paciente conectado a un respirador.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-tcae-uvi/.

## Capítulo 216

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SU ACTUACIÓN EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

HELENA MARÍN LOZANO

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

## 1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se transmiten entre los pacientes mientras se encuentran en el hospital; es decir, no se contagiaron cuando llegaron al centro sino que se contagiaron mientras estaban siendo atendidos.
El primero en discutir la propagación de enfermedades dentro de los hospitales fue John Pringle, quien aportó evidencia de que los pacientes podían enfermar

dependiendo de las circunstancias en las que llegaban y la duración de su estancia hospitalaria (Salcedo, 2018).
Dado que las mujeres embarazadas podían contraer diferentes infecciones a través de los utensilios utilizados al dar a luz, Oliver Holmes fue el primero en desarrollar una teoría de la transmisión de infecciones. Posteriormente se determinó la necesidad de limpieza e higiene. así como la esterilización de utensilios de cocina.
Durante las últimas décadas, la higiene hospitalaria ha evolucionado constantemente hasta convertirse en lo que es hoy.
Desde la llegada de pandemias como la del Sars-Cov-2, también conocida como COVID-19, este énfasis en la higiene ha aumentado.
Debido al sondaje vesical, que se realiza en casi el 90% de los pacientes ingresados en unidades asistenciales, las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre las más frecuentes en el sistema sanitario de nuestro país entre los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos o especializadas.

## 2 Objetivos

Conocer las precauciones que se requieren para prevenir infecciones del tracto urinario en pacientes hospitalizados por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura sobre infecciones del tracto urinario en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y diversos estudios sobre las mismas. Para ello se utilizó el motor de búsqueda Google Academic, las bases de datos Sky y Pubmed, y los términos ITU, infecciones nosocomiales.

## 4 Resultados

El lavado del personal médico que entra en contacto con el paciente, es el primer y más crucial paso para prevenir infecciones del tracto urinario en la unidad de cuidados intensivos. Para prevenir este tipo de enfermedades nosocomiales, primero se deben lavar las manos y luego desinfectarlas.

El lavado de manos será el típicamente lavado de manos sanitario u hospitalario, que implica lavarse con agua y jabón, frotando completamente palma con palma de la mano sin olvidar lavarse los dedos individuales y las uñas. Debido a la necesidad de utilizar una técnica estéril, también se utilizarían guantes esterilizados para evitar en la medida de lo posible, el proceso de lavado en ocasiones será más exhaustivo. Los patógenos podrían propagarse a los pacientes, lo que requiere el uso de una técnica aséptica.
La mejor forma de prevenir una Infección del Tracto Urinario es utilizar bolsas cerradas con un tiempo límite para vaciarlas. La segunda medida para prevenir las Infecciones del Tracto Urinario es el uso de dispositivos herméticos y específicos en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
También existen dispositivos, los cuales se fabrican para evitar manipular la vejiga ante el cateterismo en pacientes que lo requieran por un periodo prolongado de tiempo, evitando la necesidad de cateterismo nuevamente a los pacientes y previniendo la principal causa de la infección del tracto urinario. Vaciarlo sin necesidad de modificaciones es responsabilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) o trastear con la sonda de los pacientes.
La probabilidad de que un paciente contraiga una infección nosocomial se reduce aún más mediante el uso de equipos de protección personal (EPP), como mascarillas, guantes o batas contacto para contraer una infección.

## 5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la atención al paciente y disminuir los costos asociados a que el paciente contraiga una enfermedad nosocomial, se deben reducir tanto los costos económicos como los humanos. La higiene de manos es el método primordial para prevenir una enfermedad nosocomial en los pacientes ingresados, por lo que la actualización de los protocolos y los conocimientos de los distintos trabajadores del sistema nacional de salud debe ser constante y en constante actualización.
Para los pacientes hospitalizados y todos aquellos que necesitan atención médica en cualquier centro de atención primaria o secundaria de nuestra nación, la tasa de infecciones nosocomiales debe ser lo más baja posible.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.

3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 217

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO ANTE LOS PACIENTES QUEMADOS

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

HELENA MARÍN LOZANO

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

## 1 Introducción

La piel actúa como una barrera física para mantener los microorganismos y las infecciones fuera del cuerpo. Esta barrera se daña cuando se produce una quemadura porque las bacterias ingresan a la piel a través de heridas abiertas y la atacan, cambiando el sistema inmunológico.
Debido a la ansiedad que presenta el paciente por su dolor, deformidad y restricciones de movilidad, así como por su miedo a reintegrarse a la sociedad, la atención al paciente quemado es y seguirá siendo un desafío para los Técnicos Auxiliares de Atención de Enfermería (TCAE) a sus tareas habituales y al potencial de rechazo.

En comparación con otras formas de agresión y trauma, la agresión térmica produce una respuesta hipermetabólica más pronunciada. La quemadura provoca una descomposición acelerada de las proteínas a través de reacciones hormonales ligadas a la superficie corporal quemada, aumento de la extirpación quirúrgica de la quemadura, aumento del gasto energético, presencia de infección y aumento del consumo del oxígeno.
Un componente crucial de la atención a los pacientes quemados es el apoyo nutricional temprano.
Cuando concurran varios factores que coincidan con una situación de riesgo nutricional, tales como: Intensidad del estrés catabólico, disminución del apetito, intubación endotraqueal, etc., este aporte nutricional se realizará por vía gástrica, ya sea a través de sonda nutricional nasogástrica o nasoduodenal.

## 2 Objetivos

Explicar cómo los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudan al paciente quemado a alimentarse y mantenerse hidratado.

## 3 Metodología

La preparación de este capítulo 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, además de una búsqueda exhaustiva de libros y artículos en esas bases de datos.

## 4 Resultados

Una de las tareas asistenciales fundamentales que realiza el TCAE es la alimentación del paciente quemado. Debido a la degradación acelerada de proteínas que experimentan los pacientes quemados, el apoyo nutricional temprano es un componente crucial de su atención quemaduras y una reacción hipermetabólica pronunciada a la agresión térmica. Una dieta hipercalórica y proteica es necesaria para este tipo de pacientes y el TCAE así lo solicitará.
El paciente puede recibir los nutrientes esenciales de diversas formas. Los siguientes son los más frecuentes en víctimas de quemaduras.

- Vía parenteral: para pacientes que no pueden recibir nutrición enteral porque su dieta es digestivamente intolerable o para aquellos cuyas necesidades nutricionales no están siendo satisfechas.

La mejor forma de administrar los nutrientes necesarios es por vía enteral porque suele ser bien tolerada por el paciente, protege la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta al estrés hipermetabólico, previene el fenómeno de la translocación bacteriana, y resulta en menos complicaciones e infecciones.

- Vía oral: Es la forma de nutrición más fisiológica y requiere la participación del paciente. El paciente debe estar suficientemente consciente y tener reflejo de deglución.

Una de las responsabilidades asistenciales fundamentales del TCAE es velar por la nutrición del paciente quemado.

Le preguntamos a la paciente sobre sus preferencias alimentarias una vez que ha terminado de recibir el tratamiento y se ha instalado en la habitación. Verificar la dieta recomendada con orden del médico. Probablemente se trate de una dieta rica en calorías y proteínas si el paciente está sano y libre de cualquier enfermedad. Existe en nuestro edificio un programa informático que nos permite solicitar dietas específicas, como el desayuno o el almuerzo comida y merienda.

## 5 Discusión-Conclusión

Para que las víctimas de quemaduras sanen, el apoyo nutricional temprano es crucial. Una de las funciones asistenciales fundamentales de los TCAE, además de brindarles y educarlos, es proporcionar la nutrición del paciente quemado alimentos esenciales para la curación, prestar atención al paciente porque en ese momento está relajado y conversar con él.

Debido a la ansiedad que presenta el paciente por su dolor, deformidad y restricciones de movilidad, así como por su miedo a reintegrarse a la sociedad, la atención al paciente quemado es y seguirá siendo un desafío para los TCAE a sus responsabilidades habituales y al potencial de rechazo.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://www.scielo.org/es.

## Capítulo 218

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA PIEDRASANTAS MOYA MOLINA

BLANCA VALVERDE LEIVA

VERONICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

HELENA MARÍN LOZANO

MIGUEL QUINTANILLA PICAZO

## 1 Introducción

En un hospital, el Departamento de Emergencias es probablemente el más exigente, impredecible y diverso.
Pacientes con diversas patologías, aquellos involucrados en accidentes automovilísticos, aquellos que se han caído y pacientes que resultaron heridos por cualquier motivo imprevisto son todos posibles llegadas. Los pacientes pueden ser transportados a su destino de diversas formas, incluyendo ambulancia, vehículo privado, evacuación en helicóptero, etc.
Una vez que el paciente haya pasado por el triaje, en función de su gravedad, será trasladado al Servicio de Urgencias, donde se iniciará la colaboración del

técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con el médico y el personal de enfermería.
Instalar al paciente en su box designado y prepararlo para el examen médico serán las primeras cosas que se deben hacer. Lo desnudará, lo vestirá con su camisón y luego lo acostará en la cama o camilla para lograrlo. El TCAE se encargará de tomar los signos vitales, realizar un electrocardiograma, administrar oxigenoterapia según sea necesario y ayudar a la enfermería a la hora de tomar muestras de sangre o realizar sondajes según sea necesario.
Como sugieren sus siglas, TCAE es un técnico en cuidados de enfermería y, como tal, generalmente será el responsable de brindar a los pacientes los cuidados relacionados con la alimentación, el aseo y la movilidad.
Tan pronto como comience su turno en el departamento de emergencias, debe estar preparado para cualquier evento inesperado que pueda afectar el servicio.

## 2 Objetivos

- Examinar las distintas funciones que realiza en el Servicio de Urgencias el TCAE teniendo en cuenta la variedad de pacientes que puedan presentarse.

## 3 Metodología

Este trabajo ha sido objeto de una extensa investigación, incluida una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, se utilizaron Scielo, Pubmed y Medline para consultar artículos de revistas académicas examinadas.

## 4 Resultados

Una emergencia se define como ”una circunstancia violenta e inesperada que repercute en la salud del paciente y pone en peligro su vida, como por ejemplo: pérdida del conocimiento”.
Desmayos, dolor intenso en el pecho, parálisis repentina de una parte del cuerpo, múltiples lesiones por diferentes causas y otras situaciones que requieren atención inmediata.
Los usuarios sólo deberán utilizar el Servicio de Emergencias en casos de verdaderas emergencias. Aunque debido a la falta de atención en los centros de atención primaria, las salas de urgencias suelen estar saturadas de pacientes que

tienen patologías menos graves, y estos pacientes suelen quejarse de los largos tiempos de espera.
Dada la afluencia de diversas patologías, podemos decir que en Urgencias es donde el TCAE realiza todas sus funciones y que allí su trabajo es el más variado.
Desde el 26 de abril de 1973 sus funciones están previstas en el Estatuto de Seguridad Social del Personal de Salud No Facultativo. Los artículos 74 a 84 contienen información sobre ellos.
Cuando los pacientes dependientes pasan mucho tiempo en urgencias, el TCAE Su función es prevenir el desarrollo de úlceras por presión. Como resultado, cuando lo coloquen en su caja, observarán el estado de su piel, entre otras cosas, para ver si existe posibilidad de ulceración. Ayudará a reunir los materiales necesarios para las tareas de enfermería; una vez usado, quedará a cargo.
El material se limpia, se envía al servicio de esterilización para su esterilización y luego se recoge y organiza.
Ayudará a administrar medicamentos orales y rectales y, si es necesario, a aplicar enemas de limpieza.
Si el paciente es dado de alta, lo ayudará a vestirse, le quitará todo el equipo usado (líneas, goteros) y una vez que la caja esté vacía, la preparará para el siguiente paciente. Cuando el personal de limpieza haya finalizado su trabajo, preparará la caja para el siguiente ingreso y se encargará de preparar adecuadamente al paciente para su traslado a planta en caso de que sea necesario el ingreso.
El personal de TCAE y de enfermería trabajará en estrecha colaboración con el TCAE de forma continua.

## 5 Discusión-Conclusión

Por la irracionalidad del Servicio y la diversidad de pacientes que pueden acceder a él, se podría decir que es en el Servicio de Urgencias donde el TCAE realiza todas sus diversas tareas. Será su responsabilidad velar por el bienestar del paciente, responder rápida y eficazmente a las emergencias y trabajar estrechamente con el personal médico y de enfermería en todo momento y cualquier modificación que se note.
El resto del equipo será informado sobre el paciente o cualquier información relevante.
Dependiendo de los requisitos de los pacientes de los que es responsable, necesitará saber cómo priorizar y tomar decisiones en el desempeño de sus funciones.
El Servicio de Urgencias es sin duda el ámbito de mayor dificultad para desarrollar el trabajo de los TCAE.

# 6 Bibliografía

1. http//scielo.iscil.com.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.

## Capítulo 219

# LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE PARTOS

MARÍA JESÚS GARCÍA IGLESIAS

VANESA ALVAREZ SOMIEDO

## 1 Introducción

El paritorio o también llamado sala de parto natural es el lugar que está preparado para que las madres den a luz a sus bebes de la manera fisiológica más natural posible
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el personal sanitario dentro de un grupo multidisciplinar que presta apoyo y auxilia al médico, enfermero, matrona, etc. Se responsabiliza de varias tareas suyas y las que le puedan ordenar los superiores de forma que la gestante esté lo más cómoda posible y de que los familiares y acompañantes estén guiados en toda situación durante todo el proceso. La organización de los materiales y que todo esté listo para trabajar en el momento del parto es una labor muy importante del técnico en cuidados auxiliares de enfermería así como ayudar a vestir y desvestir a las embarazadas. En el paritorio hay diversos utensilios e instrumentos artilugios que podemos ofrecer a la gestante para su mayor comodidad y tranquilidad ; como pueden ser pelotas de pilates que se usan para la dilatación, música relajante, espejos por si desea ver el momento del alumbramiento de su hijo, etc. En el instante en que la embarazada llega a la sala de partos, los TCAE debemos encargarnos de acomodarla y dejarla preparada para que los sanitarios encargados del parto puedan asistirla correctamente.

## 2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del TCAE en la sala de partos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 unas labores esenciales en la sala de partos. Vamos a enumerar algunas de ellas:
-El control y acondicionamiento de todos los materiales necesarios para el parto.
-Se dirige con el personal de enfermería y con él bebe a la planta que le han adjudicado, observándolos y asistiéndolos mientras se acomodan y colocan sus pertenezca.
-Poner y quitar la ropa a las gestantes así como ayudarlas al aseo si así lo precisara el paciente.
-colaborar con el celador en el traslado a las parturientas de una cama a otra
Dependiendo del tipo de parto que vaya a tener la paciente puede ser: un parto por cesaría donde se encargaría de quitar los objetos metálicos que la paciente llevara, quitar el color de uñas si la paciente lo llevara y colocar la sonda vesical. En el PH intraparto colocara a la gestante en posición ginecológica, colocarle las calzas y cubrirla con un paño para preservar su intimidad lo mas posible.
-Si la matrona lo requiere debemos cooperar en la puesta de enemas de limpieza, rasurar a las gestantes.
-Poner orinales, cuñas y una vez usados debemos proceder a su limpieza.
-tendrá una cuna preparada para la llegada del bebé.
-Tendrá también una incubadora preparada por si fuese necesaria.
-Es el encargado del tallaje del bebe y de vestirlo una vez haya nacido
-Debe recoger tanto las huellas dactilares como las plantares del recién nacido y a su vez colocara los brazaletes neonatales en uno de los tobillos con el nombre de la madre, fecha, hora de nacimiento y sexo.

-El auxiliar deberá dejarlo todo recogido y limpio y junto con la matrona o personal de enfermería trasladar a la paciente a la cama donde será llevada a su habitación posteriormente.
-Si es necesario tendrá que cambiar la ropa de cama a la paciente.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también tiene un papel muy importante en el post parto facilitando a la paciente un estado de confort dentro de lo posible, ayudando en la higiene si la paciente lo precise.

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión después de redactar este articulo científico es que la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de partos en primordial y esencial ya que se encarga de varias funciones muy importantes y necesarias para el buen funcionamiento de la sala y bienestar de la paciente y el bebe que va a nacer.
Debemos de estar muy bien formados en todos y cada uno de los campos donde vamos a trabajar para poder ofrecer el mejor resultado sanitario a las personas con las que trabajamos y sobre todo a los pacientes que vamos a atender y que precisan de buenos profesionales que sepan darles los cuidados tanto físicos como mentales para que su paso por un hospital sea lo mejor y mas llevadero posible.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/tecnico-auxiliar-enfermeria-sala-parto/.
2. https://www.ifp.es/blog/como-ser-auxiliar-de-enfermeria-en-paritorios.

## Capítulo 220

# EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

VANESA SALMON HERAS

## 1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un trastorno de los riñones en el cual estos órganos no funcionan de manera óptima durante un período prolongado, generalmente durante varios meses o años. Esta condición afecta a millones de personas en todo el mundo y puede tener graves consecuencias para la salud si no se controla adecuadamente.

La ERC se desarrolla gradualmente y a menudo es asintomática en sus etapas iniciales. Los factores de riesgo incluyen la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad y antecedentes familiares de enfermedad renal. A medida que la enfermedad progresa, los riñones pierden su capacidad para filtrar eficazmente los

desechos y el exceso de líquidos de la sangre, lo que lleva a la acumulación de toxinas en el cuerpo y al desequilibrio de electrolitos.

Los síntomas de la ERC pueden incluir fatiga, hinchazón en las piernas y los tobillos, cambios en la micción, náuseas y dificultad para concentrarse. Las complicaciones graves de la ERC incluyen la insuficiencia renal, que puede requerir diálisis o un trasplante de riñón, así como un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

El manejo de la ERC implica el control de las condiciones subyacentes como la hipertensión y la diabetes, así como la adopción de una dieta baja en sal y proteínas. Los medicamentos también pueden ser necesarios para controlar los síntomas y reducir la progresión de la enfermedad.

La enfermedad renal crónica es una afección que afecta a los riñones y se desarrolla gradualmente con el tiempo. Es esencial identificarla temprano y abordar los factores de riesgo para prevenir complicaciones graves. El tratamiento y el manejo adecuados pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC y retrasar su progresión.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante pacientes con ERC.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El TCAE desempeña un papel crucial en la atención y el apoyo a pacientes con ERC. Sus funciones abarcan diversas áreas para asegurar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición.

Monitorización de signos vitales: Los TCAE pueden medir y registrar regularmente la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el peso del paciente. Esto ayuda a controlar la estabilidad y detectar cambios significativos que pueden requerir atención médica.

Ayuda en la diálisis: En casos avanzados de ERC, algunos pacientes requieren diálisis renal. Los TCAE pueden ayudar en la preparación y asistencia durante las sesiones de diálisis, garantizando que el proceso se realice de manera segura y cómoda.

Educación al paciente: Los TCAE desempeñan un papel importante en la educación de los pacientes sobre la ERC. Pueden explicar la importancia de seguir las indicaciones médicas, como restricciones dietéticas y la necesidad de tomar medicamentos, y proporcionar información sobre el manejo de síntomas y la prevención de complicaciones.

Asistencia en la adherencia al tratamiento: Fomentar la adherencia a la dieta y la toma de medicamentos es esencial. Los TCAE pueden ayudar a los pacientes a comprender y seguir las pautas dietéticas y garantizar que tomen sus medicamentos según lo recetado.

Control de líquidos y dieta: En la ERC, el control de la ingesta de líquidos y la dieta es crucial. Los TCAE pueden colaborar con dietistas y enfermeros para ayudar a los pacientes a planificar sus comidas de acuerdo con las restricciones dietéticas necesarias.

Apoyo emocional: Los pacientes con ERC a menudo enfrentan estrés y ansiedad debido a la enfermedad crónica. Los TCAE pueden proporcionar apoyo emocional, escuchando sus preocupaciones y brindando consuelo.

Registro y documentación: Mantener registros precisos de la evolución del paciente y la administración de tratamientos es fundamental para una atención coordinada. Los TCAE aseguran que esta información esté actualizada y disponible para el equipo médico.

Prevención de infecciones: Dado que los pacientes con ERC pueden tener un mayor riesgo de infecciones, los TCAE pueden seguir estrictos protocolos de higiene y precauciones para evitar infecciones nosocomiales.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención integral de pacientes con enfermedad renal crónica. Su contribución en la monitorización, educación,

apoyo emocional y cumplimiento del tratamiento es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y retrasar la progresión de la enfermedad. Trabajando en equipo con otros profesionales de la salud, los TCAE aseguran una atención efectiva y compasiva para aquellos que enfrentan esta afección crónica.

## 5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el tratamiento del paciente con enfermedad renal crónica (ERC). Una recomendación clave es promover la educación y la comunicación efectiva. Deben ayudar al paciente a comprender la importancia de seguir las indicaciones médicas, como restricciones dietéticas y la toma de medicamentos. La educación sobre la prevención de complicaciones y el manejo de síntomas también es crucial.

Además, el TCAE debe enfocarse en el apoyo emocional. Los pacientes con ERC pueden enfrentar un gran estrés y ansiedad debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y la necesidad de tratamiento a largo plazo. Escuchar sus preocupaciones, brindar apoyo y consuelo, y conectarlos con recursos de apoyo psicológico puede marcar una gran diferencia en su bienestar emocional. En resumen, la recomendación principal para un TCAE en el tratamiento de la ERC es la educación y el apoyo al paciente, asegurando que comprendan y sigan las indicaciones médicas, y brindando apoyo emocional para enfrentar los desafíos asociados con esta enfermedad crónica.

## 6 Bibliografía

1. Villanego, F., Naranjo, J., Vigara, L. A., Cazorla, J. M., Montero, M. E., García, T., ... & Mazuecos, A. (2020). Impacto del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática y metaanálisis. Nefrología, 40(3), 237-252.

## Capítulo 221

# EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

VANESA SALMON HERAS

## 1 Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son un grupo de trastornos crónicos del sistema digestivo que incluyen principalmente la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estas afecciones son caracterizadas por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal, que puede afectar desde la boca hasta el ano. Aunque no se conoce la causa exacta de las EII, se cree que involucran una interacción compleja entre factores genéticos, ambientales e inmunológicos.

Los síntomas de las EII pueden variar ampliamente, pero comúnmente incluyen diarrea crónica, dolor abdominal, pérdida de peso, fatiga y, en casos graves, complicaciones como fístulas o estenosis intestinales. Estas condiciones pueden tener

un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, ya que pueden requerir tratamientos a largo plazo y múltiples intervenciones médicas.

El diagnóstico de las EII se realiza mediante una combinación de evaluaciones clínicas, endoscopias, pruebas de laboratorio y estudios de imágenes. El tratamiento se centra en aliviar los síntomas, reducir la inflamación y prevenir las recaídas. Esto puede incluir medicamentos inmunosupresores, cambios en la dieta, terapia nutricional y, en algunos casos, cirugía para extirpar partes dañadas del intestino.

Las enfermedades inflamatorias intestinales son trastornos crónicos del sistema digestivo caracterizados por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal. Su diagnóstico y tratamiento requieren un enfoque multidisciplinario y personalizado para mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarlos a gestionar esta enfermedad a lo largo del tiempo.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante los pacientes con EII.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El TCAE desempeña un papel esencial en la atención y el apoyo a pacientes con EII, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Sus funciones son variadas y fundamentales para garantizar el bienestar de estos pacientes:

Monitorización de signos vitales: El TCAE puede medir y registrar signos vitales como la temperatura y la frecuencia cardíaca para detectar cualquier cambio en

el estado del paciente, lo que es especialmente importante durante brotes agudos de la enfermedad.

Ayuda en la administración de medicamentos: Los pacientes con EII a menudo requieren medicamentos para controlar la inflamación y los síntomas. El TCAE puede ayudar en la administración de estos medicamentos según las indicaciones del médico.

Control de síntomas: Pueden asistir en el manejo de síntomas como el dolor abdominal, la diarrea y la fatiga. Esto puede incluir la aplicación de calor local o la asistencia en la higiene personal cuando sea necesario.

Educación al paciente: El TCAE puede proporcionar información sobre la enfermedad, su manejo y la importancia de seguir el tratamiento y las pautas dietéticas. Ayudar al paciente a comprender cómo identificar alimentos desencadenantes y cómo llevar un registro de los síntomas es crucial.

Apoyo emocional: La EII puede ser una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de los pacientes. El TCAE puede brindar apoyo emocional, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un entorno de apoyo.

Seguimiento de la dieta: En muchos casos, los pacientes con EII requieren una dieta específica para controlar los síntomas y reducir la inflamación. El TCAE puede ayudar a supervisar la ingesta dietética y asegurarse de que se sigan las recomendaciones.

Prevención de complicaciones: La EII puede llevar a complicaciones como la desnutrición o la obstrucción intestinal. El TCAE puede colaborar con el equipo médico para detectar signos tempranos de complicaciones y tomar medidas preventivas.

Registro y documentación: Mantener registros precisos de la evolución del paciente, los síntomas y las intervenciones realizadas es esencial para una atención integral y coordinada.

El TCAE juega un papel integral en la atención de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal al proporcionar cuidados directos, educación, apoyo emocional y asegurarse de que se sigan las indicaciones médicas y dietéticas. Su colaboración con otros profesionales de la salud es fundamental para ofrecer una atención integral y de calidad a estos pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un TCAE en el tratamiento de pacientes con EII es enfocarse en la empatía y la comunicación. Escuchar activamente las preocupaciones y necesidades del paciente es esencial. Además, es importante brindar apoyo emocional, ya que la EII puede ser emocionalmente desafiante.

Además, el TCAE debe enfocarse en la educación del paciente. Proporcionar información clara y precisa sobre la enfermedad, la dieta y la medicación es esencial para empoderar al paciente en su propio cuidado. Ayudar al paciente a comprender la importancia de seguir las pautas médicas y la dieta recomendada es crucial para controlar los síntomas y prevenir recaídas.

Un TCAE puede contribuir significativamente al tratamiento efectivo de la EII al practicar la empatía, ofrecer apoyo emocional y proporcionar educación al paciente. Trabajar en colaboración con el equipo médico y seguir un enfoque centrado en el paciente es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EII.

## 6 Bibliografía

1. Gompertz, M., & Sedano, R. (2019). Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Médica Clínica Las Condes, 30(4), 273-282.

## Capítulo 222

# EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

MARIA DE LA GRANADA GONZÁLEZ CALDERÓN

SAGRARIO PEREZ HERNANDEZ

MARINA SANCHEZ ACEITUNO

MARIA TAMARA SANCHEZ POLO

VANESA SALMON HERAS

## 1 Introducción

Las enfermedades transmitidas por alimentos, también conocidas como ETA, son afecciones causadas por la ingestión de alimentos o agua contaminados con microorganismos patógenos, toxinas o sustancias químicas nocivas. Estas enfermedades pueden tener una amplia gama de síntomas, que van desde leves molestias gastrointestinales hasta afecciones graves y potencialmente mortales. Los patógenos más comunes responsables de las ETA incluyen bacterias como Salmonella, Escherichia coli (E. coli), Campylobacter y Listeria, así como virus como el norovirus y el rotavirus.

Las ETA pueden ocurrir debido a la falta de higiene en la manipulación de alimentos, la contaminación cruzada en la cocina, el almacenamiento inadecuado de alimentos, la ingesta de productos crudos o mal cocidos y la exposición a alimentos no pasteurizados. La prevención de las ETA implica prácticas seguras de manipulación de alimentos, como lavado de manos adecuado, cocción completa de alimentos y almacenamiento adecuado en temperaturas seguras. También es importante evitar consumir alimentos en mal estado o de dudosa procedencia y estar atento a advertencias de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.

La vigilancia y el control de las ETA son fundamentales para la salud pública, ya que ayudan a identificar y prevenir brotes, garantizar la seguridad alimentaria y mejorar la calidad de vida de las personas al reducir la carga de enfermedades relacionadas con alimentos contaminados.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante pacientes con ETA.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los TCAE desempeñan un papel importante en la atención de pacientes afectados por ETA. Su labor contribuye al bienestar de los pacientes y a la prevención de complicaciones. Aquí se describen algunas de las funciones clave de los TCAE en el manejo de la ETA:

Educación al paciente: Los TCAE pueden proporcionar información a los pacientes sobre la ETA, incluyendo las causas comunes, los síntomas y las medi-

das preventivas. Esto es esencial para empoderar a los pacientes y ayudarles a comprender cómo prevenir futuras infecciones.

Monitoreo de síntomas: Los TCAE deben estar atentos a los signos y síntomas de las ETA en los pacientes, como diarrea, vómitos y fiebre. Esto incluye la medición de signos vitales como la temperatura y la presión arterial para evaluar la gravedad de la infección.

Higiene y prevención de infecciones: Los TCAE juegan un papel vital en la prevención de la propagación de ETA en entornos de atención médica. Esto incluye prácticas estrictas de higiene, como el lavado de manos y el uso de equipo de protección personal adecuado al interactuar con pacientes infectados.

Administración de líquidos y nutrición: En casos de ETA, es común que los pacientes sufran de deshidratación debido a la pérdida de líquidos. Los TCAE pueden ayudar en la administración de líquidos intravenosos y colaborar con el equipo médico en la monitorización de la hidratación y el equilibrio electrolítico.

Comodidad y cuidado del paciente: Los pacientes con ETA pueden sentir malestar y debilidad. Los TCAE pueden brindar cuidado compasivo, administrar medicamentos para aliviar los síntomas, como antieméticos o analgésicos, y garantizar que los pacientes estén cómodos durante su recuperación.

Educación sobre la dieta: En algunos casos, es necesario ajustar la dieta del paciente para facilitar la recuperación y evitar alimentos que puedan empeorar la ETA. Los TCAE pueden educar al paciente sobre las restricciones dietéticas y asegurarse de que sigan las pautas recomendadas.

Colaboración con el equipo de atención médica: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada. Esto implica la comunicación efectiva de cambios en la condición del paciente y la implementación de las indicaciones médicas.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención de pacientes con enfermedades transmitidas por alimentos al brindar educación, monitoreo de síntomas, prevención de infecciones, cuidado compasivo y colaboración con el equipo de atención médica. Su contribución es fundamental para el manejo adecuado de ETA y la recuperación de los pacientes afectados.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un TCAE en la atención de pacientes con enfermedades transmitidas por alimentos es la rigurosa adherencia a prácticas de higiene y prevención de infecciones. Esto implica un lavado de manos meticuloso y el uso adecuado de equipo de protección personal al interactuar con pacientes infectados o al manipular alimentos. Además, es crucial seguir las pautas de control de infecciones establecidas en el entorno de atención médica para evitar la propagación de la enfermedad.

El TCAE debe mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes afectados, ya que estas enfermedades pueden ser incómodas y estresantes. Brindar apoyo emocional, mantener una comunicación clara y efectiva, y asegurarse de que los pacientes comprendan las medidas preventivas y las indicaciones médicas es esencial. En conjunto, estas acciones contribuyen a un tratamiento efectivo y una recuperación más rápida de los pacientes afectados por enfermedades transmitidas por alimentos.

## 6 Bibliografía

1. Fernández, S., Marcía, J., Bu, J., Baca, Y., Chavez, V., Montoya, H., ... & Ore, F. (2021). Enfermedades transmitidas por Alimentos (Etas); Una Alerta para el consumidor. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5(2), 2284-2298.

## Capítulo 223

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA ONCOLÓGICA

INMACULADA ALCAIDE SÁNCHEZ-PRIETO

MIRIAM ALONSO CANO

SONIA BRASERO CANO

MARÍA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA

ESPERANZA CESPEDES ESCALONA

## 1 Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte infantil en nuestro país. En la actualidad hay muchos niños que fallecen por este motivo sin ni siquiera tener las armas suficientes para enfrentar la enfermedad, porque se debe a que apenas hay investigación en algunos casos.
Desde hace un tiempo y debido a la incidencia de casos diagnosticados en niños y niñas que sufren esta enfermedad, se creo la especialidad de Oncología Pediátrica. Tiene como finalidad proporcionar una asistencia médica más concreta de acuerdo a la edad del paciente y las necesidades del mismo.

El servicio de pediatría oncológica está formado por diferentes profesionales que destinan su labor a investigar, tratar y cuidar a los niños afectados por esta enfermedad. Es muy importante que estos sanitarios estén preparados y hayan recibido una formación específica en este tipo de patologías.
Así como también han de estar muy preparados psicológicamente para la labor que desempeñan, puesto que se van a enfrentar a situaciones muy duras y en muchos casos serán el apoyo emocional tanto del niño enfermo como de los propios padres o familiares.
Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería forman parte importante del equipo multidisciplinar que conforman este servicio, y además son los profesionales sanitarios que más contacto establecen tanto con los enfermos con los familiares, por lo que su labor en este caso es doblemente importante.

## 2 Objetivos

- Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE), en el servicio de pediatría oncológica, desde la gestión hasta 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

Como hemos visto anteriormente, el cáncer es la segunda causa de muerte infantil en nuestro país.
Incluso numerosos tipos de cáncer infantiles a día de hoy no han sido investigados por falta de recursos económicos a nivel naciones y a través del servicio público de salud.
En los últimos años, la incidencia de esta enfermedad en menores se ha visto incrementada, por lo que hace algunos años se creó el servicio de oncología

pediátrica. Es cierto que desde entonces la mortalidad se ha reducido considerablemente, pero aun así es una tarea pendiente invertir en este campo para que ningún niño o niña tenga que perder la vida frente a esta enfermedad.
En el ámbito hospitalario, el servicio de oncología pediátrica está formado por un equipo multidisciplinar formado por investigadores, oncólogos, pediatras, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
Estos últimos no intervienen tanto en la fase de gestión o de investigación, pero si que adquieren gran importancia en el cuidado y el trato al paciente.
Generalmente, cuando el enfermo es un niño o una niña, los padres se encuentran de manera permanente con ellos y es verdad que el cuidado que precisa se lo ofrece en mayor medida el propio familiar. Aun con todo esto, el auxiliar de enfermería se encargará de todas las funciones propias de una planta de hospitalización común, con la particularidad de que emocionalmente generan un vínculo mayor tanto con el enfermo como con su familia y es muy importante estar preparado mentalmente para desarrollar el trabajo de la mejor manera posible.
En muchos casos el desenlace de la enfermedad del niño no es el deseado, y para enfrentarse a un momento así debemos estar muy mentalizados, en esos momentos el auxiliar es el soporte emocional de la familia, y debemos transmitir esa tranquilidad que a veces cuesta tanto tener.

## 5 Discusión-Conclusión

Una de las conclusiones más importantes que debemos sacar de todo esto, es que es necesaria una mayor inversión para mayor investigación. El cáncer infantil tiene una incidencia menor que el cáncer en adultos, por eso muchos tipos de cáncer carecen de investigación. Es algo que no es justo, porque como se le puede explicar a un padre o a una madre que pierde un hijo, que no hay tratamiento porque no se ha investigado la enfermedad. Es algo que tenemos que cambiar. Y respecto a la labor que desempeña el servicio de oncología pediatría es encomiable, pero aun asi también necesitan financiación. Porque en cuanto a la parte humana, todos y cada uno de los diferentes profesionales se dejan la piel para que esos niños no tengan carencias durante sus largar etapas en el hospital, así como con la atención a familiares que también sufren estas situaciones.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.

3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 224

# EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

## 1 Introducción

Podemos decir que la odontología tiene sus primeras apariciones sobre el año 300 a. C. cuando la civilización Egipcia, incrustaba piedras preciosas donde se había perdido la pieza dental.
Entre el 800 y 250 a. C. los Etruscos y Fenicios, con unos alambres de oro, y recogiendo las piezas que se habían caído, las volvían a poner en el sitio donde se carecía de la pieza.

Y fue alrededor del 700 a. C cuando los Etruscos empezaron a implantar ciertos materiales donde no había pieza dental, sustituyendo por material externo, acercándose a lo que hoy en día conocemos como implante.
Afirmamos que el padre de la odontología, como la conocemos en la actualidad fue Fouchar alrededor de 1728, se dedicó a recoger en material lector varios tipos de restauraciones dentarias hechas.
En la actualidad la Odontología es la rama de la medicina que se encarga de la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de las enfermedades que afectan a cualquier parte de la mandíbula, la cual se refiere a la boca en su totalidad: dientes, encías, paladar, lengua…
Hoy en día siempre está en continua renovación, adquiriendo mejores técnicas con el paso del tiempo debido al avance en tecnología y los trabajos obtenidos.

## 2 Objetivos

Mostrar la importancia de las funciones realizadas por el técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) en la consulta de odontología, relacionadas con funciones administrativas y funciones asistenciales.

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El TCAE es la primera persona que tiene contacto con el paciente, por lo tanto, debe mostrar una actitud amable y cordial, preocupándose por los problemas que expresa el paciente. Es importante que sepa escuchar de forma activa y que capte correctamente el mensaje que le ha transmitido el paciente.
Si el TCAE cumple esto, facilitará la relajación y la comodidad del paciente.
En cuanto a las funciones del TCAE, realiza tanto administrativas como asistenciales.

Las funciones administrativas son las que se ejecutan para que funcione correctamente la consulta bucodental. Entre ellas se incluye: el recibimiento de los pacientes, la planificación de la agenda, el registro de la información, la organización de las historias clínicas, el control del material e instrumental, la atención al teléfono y la emisión de las facturas de la clínica dental.
Las funciones asistenciales del TCAE son muy diversas y se clasifican según el momento de la jornada de trabajo en el que se realizan.
Si tienen lugar antes de la llegada de los pacientes:
- Organizan y encienden aparatos y equipos que se utilizan en la consulta dental.
- Preparan y seleccionan todos los instrumentos y materiales que se prevén utilizar, según las técnicas que estén programadas para esa jornada.
- Se encargan de la limpieza, la esterilización y la desinfección de todas las superficies y objetos que hayan sido contaminados.
- Organizan el material necesario para la protección, como son los guantes, las batas, las mascarillas o las gafas.
- Realizan las historias clínicas y estructuran la documentación del paciente.

En la llegada del paciente:
- Preparan la consulta antes de que el paciente se siente en el sillón dental.
- Proporcionan al odontólogo toda la documentación del paciente.
- Colocan al paciente en el sillón dental para que se encuentre en una posición cómoda y que facilite el trabajo del odontólogo.

## 5 Discusión-Conclusión

Los problemas odontológicos son comunes y no se deben infravalorar, ya que son otro problema de salud más. En muchas ocasiones, cuando existe un problema odontológico, se presenta dolor, pero otras veces el paciente no percibe síntomas, por lo que es imprescindible acudir a un especialista para la realización de pruebas preventivas o diagnósticas.
Por lo tanto, en la consulta de odontología, se requiere de un personal especializado y con conocimientos. Además, es necesario un trabajo en equipo y realizar unos cuidados adecuados al paciente.
El TCAE realiza numerosas funciones importantes, que he explicado anteriormente, de las cuales no se puede prescindir en ningún caso para la realización de una consulta odontológica de calidad.

## 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 225

# EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE TIENE SONDA NASOGÁSTRICA

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

## 1 Introducción

El manual sobre "el personal laboral auxiliar de enfermería. Vol1" define el sondaje nasogástrico como "actuación llevada a cabo por el equipo de enfermería que consiste en la introducción de una sonda por la nariz con diferentes finalidades clínicas".
Generalmente, la utilización de la sonda nasogástrica es debido a:
• La administración de oxígeno al paciente.
• La aspiración de secreciones bronquiales del paciente.

Sin embargo, cuando una sonda nasogástrica es colocada tiene las siguientes finalidades:
• La alimentación de aquellos pacientes que no puedan comer por cuenta propia, esta alimentación se realiza a través de la sonda.
• La obtención de muestras para determinar un diagnóstico.
• La descompresión gástrica después de una intervención.
• La administración de medicación.
Existe una clasificación generalizada sobre las sondas nasogástricas existentes, teniendo una clara clasificación en dos grupos:
• Sonda no reactiva: son las más utilizadas puesto que son tubos de silicona o poliuretano que no irritan.
• Sonda de polietileno o cloruro de polivinilo: menos utilizadas puesto que al ser un material más duro, irrita la zona.
En función de la finalidad con la cual se utiliza una sonda nasogástrica, del tamaño de la sonda, del material con el cual está hecha y de la longitud de estas, existen en el mercado sanitario multitud de tipos de sondas nasogástricas.

## 2 Objetivos

- Exponer el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante la alimentación por sonda nasogástrica de los pacientes.

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

## 4 Resultados

Antes de iniciar la alimentación por sonda, es importante sentar al paciente o levantar la espalda con una almohada para evitar que el alimento pueda volver a la boca o lleguen a los pulmones.
Una vez hecho esto, tenemos unos pasos a seguir.

1º Colocar un paño debajo de la sonda para proteger la cama o al paciente de posibles restos de comida que puedan caer de la jeringa.
2º Doblamos la sonda y apretamos bien para evitar que entre aire en el tubo, retiramos el tapón y lo ponemos sobre el paño.
3º Insertamos la punta de la jeringa de 100 en la sonda y aspiramos contenido gástrico. Si se saca más de la mitad de la comida anterior (100ml aprox.) se recomienda 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 100ml en 3 minutos) para evitar que los alimentos entren demasiado rápido en el estómago. Repetir este proceso hasta acabar con toda la comida doblando y tapando la sonda. Después es importante lavar la jeringa e introducir agua para lavar la sonda y evitar que se obstruya.

## 5 Discusión-Conclusión

La administración enteral es una forma agresiva de apoyo nutricional que tiene un alto coste personal y económico, por lo que hay que establecer una correcta indicación, así como una adecuada elección de fórmula, vía y método de administración.
La alimentación por sonda nasogástrica es un proceso fácil, pero hay que tener algunos cuidados para evitar que la sonda se salga de lugar y evitar que los alimentos puedan llegar a los pulmones. La formación del personal en este campo es imprescindible para la buena realización de los cuidados.
Es importante el cuidado diario de la sonda, la vigilancia de la zona y la forma de administración de la alimentación para evitar problemas futuros.

## 6 Bibliografía

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

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

## Capítulo 226

# EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ROCIO DE HAZAS MANCHEÑOS

ELENA SANCHEZ SANCHEZ

ÁGUEDA GALLEGO CASTAÑO

ELIA MARIA DE HARO GARCIA

BEATRIZ BLAZQUEZ COZAR

## 1 Introducción

El área de hemodiálisis es un espacio del hospital o centro especializado diseñado especialmente para atender a pacientes que precisen tratamiento de hemodiálisis, un tratamiento para pacientes con una enfermedad renal grave y que consiste en el filtrado de sangre como lo harían unos riñones sanos, mediante un aparato que realiza el tratamiento médico y que sustituye esta función de los riñones.
En el proceso de diálisis, el paciente se encuentra conectado mediante vías, al aparato, por donde va circulando su sangre.

El riñón artificial, también conocido como dializador, filtra la sangre del paciente y elimina los desechos y el exceso de líquido.
Las estaciones de tratamiento están ubicadas en el área de hemodiálisis.
Los pacientes se preparan para sus sesiones en estas estaciones de diálisis, en camas, ya que el proceso puede llevarse a cabo en varias horas, y en el que se encuentran máquinas y monitores para el manejo de los signos vitales del paciente.
Para el proceso se requieren bombas de infusión, equipos de hemodiálisis y otras herramientas.
Los técnicos de hemodiálisis, los nefrólogos y los enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) están coordinados entre sí, y se encargarán del cuidado del paciente y del equipo de hemodiálisis, conectarlo al paciente y desconectarlo.
Las cánulas de acceso vascular de los pacientes se controlan continuamente durante la sesión, se toma el pulso, temperatura y otros signos vitales, esta función la llevan a cabo los TCAE, además de ofrecer apoyo e información.
La provisión de un ambiente seguro y relajante es el principal objetivo del área para que los pacientes reciban su tratamiento de hemodiálisis.
Además, se debe garantizar la eficacia de la terapia, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal, ya que debido a la gravedad y a la cronicidad de la enfermedad, se hace imprescindible una buena formación, empatía y vocación

## 2 Objetivos

Estudiar la importancia de la figura del TCAE en el tratamiento de hemodiálisis, incluyendo el cuidado físico y emocional del paciente.

## 3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El TCAE en la unidad de diálisis debe ofrecer al paciente una atención continuada, intentando que esté lo más cómodo posible, ya que pasará muchas horas allí. Además, antes de que se produzca el recibimiento del paciente debe haber preparado todo el material y aparatos necesarios como, por ejemplo, unos paños estériles, unas jeringuillas, unas agujas para analítica y unas agujas fístula.
El TCAE, debe pesar al paciente en el momento de la llegada. Mientras tanto, se asegurará de que la máquina se encuentre en correctas condiciones para su uso. Es importante que antes de comenzar la sesión verifique que el estado de salud del paciente es normal (comprobando las constantes vitales), ya que si detecta alguna anomalía deberá comunicarla al médico y probablemente no se pueda realizar la hemodiálisis. Durante la sesión, tendrá que medir la presión arterial cada treinta minutos, para comprobar que no se haya producido ninguna irregularidad.
El TCAE es el encargado de registrar la ingesta y la diuresis que se han producido en la sesión. Ya que se trabaja en equipo, tendrá que ayudar al enfermero/a en la conexión y desconexión del catéter y en la preparación de todo el material necesario. Además, debe lavar siempre con agua y jabón la zona del catéter, para evitar la producción de infecciones.
Una vez finalizada la sesión, es importante que se vuelva a pesar al paciente. Hecho esto, deberá desinfectar todos los aparatos utilizados y enviar a esterilización el material, ya que se utilizará de nuevo.
El TCAE le recordará al paciente que debe descansar las primeras horas tras la sesión, ya que la hemodiálisis es un proceso que resulta agotador y puede producirle caídas o mareos por encontrarse débil.

## 5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal tanto aguda como crónica, produce un gran impacto psicológico y emocional en la persona que la padece y en sus familiares. No solo por la enfermedad en sí, sino porque su vida social se reduce por el tiempo que pasan en la unidad de diálisis.
Por ello, el TCAE y el enfermero/a harán lo posible por ofrecer los mejores cuidados, y siendo para ellos un apoyo. Los pacientes se sentirán mejor y aceptarán más fácilmente los cambios que se han producido en sus vidas.
En la Unidad de diálisis el papel que desempeña el TCAE es imprescindible, por lo que no se debe prescindir nunca de sus cuidados.

# 6 Bibliografía

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

## Capítulo 227

# LAS FUNCIONES DESEMPAÑADAS POR LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA

LUPE JARA

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

KARINA CRUCES NUÑEZ

## 1 Introducción

El ojo es una parte importante del sistema central, ya que es una extensión del encéfalo, considerado como el órgano fundamental para la visión. El ojo se encarga de la captación de imágenes del medio externo, una vez procesadas en la corteza cerebral, traduce ondas electromagnéticas de la luz mediante impulsos nerviosos, y posteriormente a través del nervio óptico, las interpretaciones completas lo que conocemos coloquialmente como la visión.
En el momento que existen alteraciones en el nervio óptico, antes del quiasma se produce amaurosis (anopsia de ese ojo) y si las alteraciones son dadas en el quiasma se producen una hemianopsia heterónima y si ocurre en la corteza occipital se producirá una hemianopsia homónica contralateral con respeto macular.

Es importante conocer las distintas afectaciones oculares que pueden verse normalmente en las consultas de oftalmología, ya que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)serán los encargados de realizar algunas pruebas complementarias, así como de acompañar al médico y participar en la administración de tratamientos oftálmicos para una mayor inspección ocular.
Aunque el ojo también es importante, las infecciones del párpado también serán vistas por esta especialidad y su limpieza y manipulación por parte de la TCAE ayudará a contrarrestar efectos adversos en su inspección.

## 2 Objetivos

Analizar el papel que asume el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de las consultas de oftalmología así como averiguar que conocimientos deben poseer las TCAES.
Desarrollar el papel que asume el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de las consultas de oftalmología así como averiguar que conocimientos deben poseer las TCAES.

## 3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PuBMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: ojo, oftalmología y cuidados.

## 4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería va a tener una serie de responsabilidades y funciones dentro de las consultas destinados a cuidados de oftalmología. Mientras que el médico se encarga de explorar al paciente la TCAE podrá realizar exámenes de valoración de agudeza visual.
Para este tipo de exámenes se utilizará el instrumento oftalmológico llamado optotipo, el cual evalúa la agudeza visual y la percepción de los colores. Los optotipos son tablas de letras, números o figuras, de diferentes tamaños, que ya vienen determinados anteriormente, y que se catalogan en décimas de visión.
Para la valoración de la agudeza visual lejana colocaremos al paciente a una distancia aproximadamente de seis metros. Con la Carta de Snellen que posee varias

líneas de letras a medida que disminuimos las líneas hay un mayor número de letras y de un tamaño menos al anterior. La habitación tiene que reunir unas condiciones óptimas para realizar de una manera adecuada esta habitación como estar bien iluminada. Se valorará siempre en primer lugar la agudeza visual sin corrección y posteriormente con ella, es decir si una persona utiliza anteojos tendremos primero que evaluarle sin ellos. Se valora cada ojo por separado y mientras se hace la prueba con un ojo, se cubre el otro sin llegar a oprimir e identifica las letras que se le vayan indicando. Estableciendo la línea de las letras de menor tamaño que el examinado pueda leer con precisión.
El test de Allen para la agudeza visual es una herramienta que se utiliza de manera frecuencia para detectar si existe alguna anomalía en la visión. Su uso es recomendado en niños y niñas, ya que con diferente a otras pruebas existente utiliza figuras de fácil detección, así como juguetes, animales etc.

## 5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es una figura importante, ya que en las consultas de oftalmología se va a encargar, entre otras cosas, en la organización de la consulta, aclimatar el contexto para que los exámenes se realicen de una manera correcta.
Especialmente importante es su papel como apoyo en las evaluaciones de agudeza visual, si algún paciente tiene alguna alteración, así como poseer los conocimientos adecuados para utilizar las distintas herramientas de agudeza visual según edad del paciente. Es por ello que se da respuesta al objetivo propuesto para este estudio conociendo el papel y desarrollo de las funciones que presenta la TCAE en las consultas de oftalmología.

## 6 Bibliografía

1. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2. Revista. (2021). Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/
3. (S7f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de julio de 2022, de https://www.reserchgate.net/profile/Radhames-Hernandez/publication/15474237_The_utilization_of_a_hospital_emergency_servce/links/0c960516563f88289e000000/The-utilization-of-a-hospital-emergency-service.pdf

## Capítulo 228

# LAS FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE HOSPITALARIO

LUPE JARA

MARÍA MIGUEL RUBIO

AMPARO GARCÍA TORRICO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

KARINA CRUCES NUÑEZ

## 1 Introducción

Es importante que dentro del contexto de la urgencia hospitalaria se separen dos situaciones que pueden darse como son la urgencia de la emergencia. Una urgencia es considerada como aquella que ha tenido una aparición fortuita, causada por cualquier actividad, o derivada de un problema que precisa una atención inminente por parte del sujeto o familia, pero que no corre una amenaza o riesgo vital para la persona y puede tener una duración de horas de evolución (1) .
Por otra parte, nos encontramos la situación de emergencia o urgencia médica vital que según la Organización Mundial de la Salud, es aquella situación en la que el individuo se encuentra en un riesgo vital y precisa asistencia en menos

de hora. Ya que todas las funciones vitales van a encontrarse comprometidas y deben iniciarse atención en los primeros 15 minutos para así considerarse un criterio óptimo de la asistencia (2).
Dentro de la urgencia hospitalaria nos encontramos con un gran equipo multidisciplinar amplio y con preparación para enfrentarse a situaciones tanto de urgencia como de emergencia, una vez que el paciente pasa por el servicio de admisión tendrá que pasar por un triaje hospitalario para determinar la gravedad de su problema y así asignarle el nivel de atención adecuado (1).

## 2 Objetivos

Analizar y desarrollar el papel que asume el técnico en cuidados auxiliares de enfermería o TCAE dentro de la ubicación del triaje hospitalario.
Averiguar que conocimientos deben poseer las TCAE.

## 3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PuBMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: urgencia, emergencia y triaje.

## 4 Resultados

El sistema implantado en nuestro país que está teniendo más utilización y empleo es el denominado Sistema Español de Triaje (SET-MAT) es derivado de un modelo Andorrano, y es uno de los más avanzados que existen actualmente. La Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencia (SEMES) lo considera como un modelo estándar de triaje español.
Este sistema de triaje está basado en signos y síntomas y apoyado por un sistema informático de gestión conjuntamente con otras herramientas. Este programa divide a los pacientes según su gravedad categorizados en cinco niveles de triaje, teniendo en cuenta la necesidad de reanimación, agrupaciones asintomáticas, niveles de dolor y factores de riesgo.
El SET-MATT clasifica en cinco niveles siendo el nivel I de color azul, con la categoría de resucitación y precisando una asistencia inmediata de asistencia lo que al principio denominamos y poníamos el significado de lo que es una emergencia.

Tras esto el nivel II señalado con un color rojo y con la categoría de emergencia, refiere una asistencia inmediata por parte de los profesionales de enfermería y en 7 minutos de asistencia médica. Seguido del nivel III clasificado de un color naranja y categorizado de urgencia, con un tiempo de espera máximo de 30 minutos. Tras esto el nivel IV con un color verde, señalado como menos urgente y con un tiempo de espera de 45 minutos. Y por último un nivel V con un color negro, categorizado como no urgente y con un tiempo de espera no superior a 60 minutos.
Es por ello que durante el triaje la TCAE tendrá que saber qué pacientes deben ser triados con más rapidez que otros según el problema y visión global de la persona, será la encargada de tomar las contantes, organizar papeles que han sido hechos por enfermería y asegurarse que la persona llega bien a la ubicación correspondiente así también de avisar si hay que reevaluar de nuevo algún paciente por presentar empeoramiento durante ese tiempo de espera.

## 5 Discusión-Conclusión

La TCAE es una figura importante en el servicio de triaje, puesto que ayuda a los demás profesionales sanitarios a realizar un triaje rápido y eficaz, así como de ayudar al paciente si fuera necesario a expresarse, ya que tiene que velar por su intimidad en un ambiente acogedor y tranquilo.
Una buena dotación de conocimientos y experiencia en las TCAE que trabajan en el triaje hospitalario ayuda a dar respuesta a la complejidad de situaciones de emergencia, tanto en su forma de presentación como en tomar las medidas necesarias para su resolución. Es por ello que el personal debe mantenerse alerta y dar las respuestas necesarias a las situaciones presenciadas.

## 6 Bibliografía

1. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2. Revista. (2021). Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/
3. (S7f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de julio de 2022, de https://www.reserchgate.net/profile/Radhames-Hernandez/publication/15474237_The_utilization_of_a_hospital_emergency_servce/links/0c960516563f88289e000000/The-utilization-of-a-hospital-emergency-service.pdf

## Capítulo 229

# FUNCIONES Y TAREAS DEL SUPERVISOR/A COORDINADOR/A DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALEJANDRO PEREZ GARCIA

JUANA REYES ESPINOSA

MARÍA ISABEL LÓPEZ ORTEGA NAVARRO

MARÍA ROSARIO MEZCUA OLMEDO

TRINIDAD LÓPEZ ORTEGA NAVRRO

## 1 Introducción

El supervisor/a es el responsable en cada Unidad de dirigir y coordinar los cuidados de Enfermería, optimizar los recursos materiales y organizar a los Enfermeros/as y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, 24 horas todos los días del año, siguiendo las directrices de la Jefatura del Área y División de Enfermería, de acuerdo a la Misión y Visión del Área y de la Dirección del Hospital.
El supervisor/a de cada unidad debe conseguir Identificar y fundamentar (evaluar cargas de trabajo) demandando las necesidades de personal de la Unidad para poder confeccionar el planning de turnos de acuerdo con la jornada anual establecida y realiza las variaciones necesarias de los mismos para cubrir las necesidades

asistenciales, haciéndoselo saber a la supervisora de su área. Por ello puede mantener una plantilla adaptable para facilitar y conservar la rotación de personal en la Unidad de Hospitalización y del resto de Unidades del Área.
Para el Supervisor/a supone un trabajo extraordinario coordinar el área correspondiente en esta pandemia, tanto por el exceso de trabajo por la gran cantidad de pacientes que han requerido atención sanitaria como por las bajas que en cada turno se sucedían.
Todo/a supervisor/a verifica que la jornada laboral de su equipo haya sido cumplimentado en su totalidad. También tramita las solicitudes de permisos a dirección, debidamente informadas y cumplimentadas.
Es labor del Supervisor/a hacer saber al equipo de enfermería de los objetivos de la Unidad, Área y Hospital, potenciando el cumplimiento. Dedica tiempo de su jornada a motivar a sus profesionales a conseguir los objetivos marcados y tiene reuniones regulares relativas al funcionamiento de la unidad, con ello los profesionales tienen más confianza en sus competencias.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Planificar los turnos de trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Enfermeros/as.

Objetivo secundarios:
- Organizar al equipo de trabajo para obtener un buen rendimiento del mismo.
- Evaluar al equipo humano para asegurar una atención de calidad a los pacientes.
- Liderar en la Unidad asignada.

## 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 supervisor/a de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener intrínseco una amplia gama de habilidades y conocimientos, no solo a la hora de tomar decisiones y en el ámbito de la negociación si no también debe poseer habilidades sociales para la atención al paciente. Un/a buen/a supervisor/a ha de ser empático/a y resolutivo/a.
En las actividades diarias una de sus funciones es estudiar los informes de actividades, atender quejas y las sugerencias de los pacientes y familiares, dar solución a dichas quejas, plantear propuestas a niveles superiores en jerarquía de la implementación necesaria para el buen funcionamiento del equipo.
El supervisor/a debe elegir y facilitar los cursos de formación para el equipo, insistiendo en la formación de aquellas áreas en la que se han detectado más errores o la calidad asistencial no llega a los mínimos exigidos.
La importancia de tener a un/a supervisor/a bien preparado es vital teniendo en cuenta que realiza la supervisión en un Equipo Sanitario, que solo por su fin básico ya es muy exigente y requiere de él/ella unas habilidades resolutivas importantes, tanto en lo profesional como en el lado humano.
Otra de sus funciones es la de planificar los recursos de personal, esta tarea requiere de unas cualidades y una visión de equipo que si no parten del supervisor/a como unidad integradora difícilmente se pueden transmitir, el liderazgo es una cualidad que no todo el profesional que trabaja en un centro hospitalario posee, por lo que ser líder de un equipo es tarea ardua, difícil y muy gratificante.
El supervisor/a debe estar formado tanto académicamente como haber tenido una dilatada experiencia profesional, porque dicha experiencia es la que le dará una visión más amplia de lo que su equipo necesite para desarrollar su trabajo.

## 5 Discusión-Conclusión

Lo que está claro es que el papel que desempeña el supervisor/a en un Equipo de Enfermería es fundamental y muy necesario, ya que sin él/ella no tendríamos marcada esa organización básica que necesita todo equipo de trabajo para desarrollar de una manera efectiva su labor.
Para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería es vital tener esa figura de nivel jerárquico superior que se preocupe de nuestros intereses y nos sirva de puente con otros niveles más elevados. Conocer que la elección del supervisor/a ha sido porque posee una serie de cualidades esenciales para el cargo que ocupa dentro del equipo nos aporta cierta seguridad y confianza.

# 6 Bibliografía

1. https://www.redaccionmedica.com/secciones/cardiologia.
2. https://www.fundacionsigno.com/bazar/6/Superv.%20unidad%20Digestivo.pdf.

## Capítulo 230

# LAS FUNCIONES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE BOXES URGENCIAS

LUPE JARA

MARÍA MIGUEL RUBIO

CLARA ELENA VÁSQUEZ RUIZ

KARINA CRUCES NUÑEZ

AMPARO GARCÍA TORRICO

## 1 Introducción

La seguridad del paciente en los servicios de urgencias es una dimensión de calidad difícil de conseguir por la carga de trabajo existente, volumen de pacientes y el tiempo como factor predisponente en numerosas patologías que ocurren de manera emergente.
Es importante que dentro de las urgencias hospitalarias haya una diferenciación o niveles de "importancia" dados desde el triaje para así poder diferenciar una emergencia de una urgencia. Son dos conceptos similares, pero con un significada diferencia. La emergencia es aquella situación sanitaria que compromete

al individuo y su vida y, por tanto, necesita una atención médica urgente e inmediata; En cuanto a la urgencia es aquella que se presenta como urgente para la persona pero que no hace peligrar su vida.
Dentro de los servicios de urgencias hospitalarias se encuentran numerosas ubicaciones para atender a los pacientes dependiendo de las sus necesidades, atendiendo así a si son más dependiente, si precisan de estar tumbados en una camilla, guardar reposo etc.
Es por ello que las urgencias que abarquen una gran población están compuestos por triaje, boxes, box rápido, consultas de especialidades dependiendo de la zona. En todas ellas el equipo es multidisciplinar y trabajan conjuntamente varios profesionales de la salud para hacer posible el acompañamiento del paciente en toda su estancia de urgencias hasta que es dado de alta o sea derivado a otro servicio

## 2 Objetivos

Desarrollar las funciones y responsabilidades que tienen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la ubicación de boxes dentro del servicio de urgencias hospitalario.

## 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 función y desarrollo de su papel en el área de boxes.

## 4 Resultados

En primer lugar, cuando el paciente entra por la puerta de urgencias tiene que pasar por admisión para dar sus datos y así constar que ha visitado el servicio. Una vez hecho este paso, pasa por la zona del triaje para determinar su nivel de prioridad, normalmente está instaurado el Sistema de Manchester, es un sistema sencillo que tiene facilidad para ser aplicado por profesionales de enfermería y que está compuesto por cinco niveles de atención y son categorías cerradas. A cada nivel de triaje se les asigna un número y un color siendo estos los determinantes para tiempos de espera.

Si el paciente viene con una patología que precise monitorización, necesite camilla y estar tumbado, o estar con medidas de reposo se pasará a la zona de boxes para estar con una vigilancia constante y monitorización continúa en caso de ser preciso. Cuando el paciente llegue al área de boxes la TCAE junto con el celador serán los encargados de acomodar al paciente dentro del box, se le administrará el vestuario correspondiente al hospital en el caso de tener que hacer alguna prueba, o en el caso de emergencia tener un mejor acceso al paciente para realizar los procedimientos. Además, la TCAE será la encargada de recoger las muestras biológicas que se precisen y sean solicitadas por el equipo médico.
En el área de boxes al inicio del turno, serán las TCAE las responsables de reponer cada box con el material necesario, como sábanas, material de higiene, sueroterapia a utilizar por enfermería etc. Además de tener todo limpio y ordenado para acoger al paciente en el momento de su llegada. También será responsabilidad de la TCAE notificar de material que esté defectuoso o dañado, y ayudar en las técnicas médicas y de enfermería que sea importante su ayuda para efectuarlas.

## 5 Discusión-Conclusión

La Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene una labor importante para que todos los pacientes sean acogidos de manera adecuada y puedan preservar su intimidad una vez ingresen dentro del área de los boxes de urgencias hospitalarias. Es por ello que este trabajo da respuesta al objetivo principal establecido en un inicio, haciendo ver que las TCAE tienen un contacto directo con el paciente y que con unos conocimientos y entrenamiento adecuado pueden avisar de emergencias o problemas que tenga el paciente a su llegada.
Además, también serán las responsables de guardar y preservar todas las intimidades que lleve el paciente para que así durante su transcurso no pierdan sus objetos personales, realizando de una manera identificativa los mismos.

## 6 Bibliografía

1.La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2.Revista. (2021). Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/
3.(S7f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de julio de 2022, de https://www.reserchgate.net/profile/Radhames-Hernandez/publication/15474237_The_

utilization_of_a_hospital_emergency_servce/links/0c960516563f88289e000000/The-utilization-of-a-hospital-emergency-service.pdf

## Capítulo 231

# LAS UNIDADES DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (UUH) Y LAS ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ( TCAE)

ROSANDRA ALVAREZ GARCIA

MARIA DEL CARMEN DOS SANTOS FERREIRA

## 1 Introducción

El servicio de Urgencias Hospitalarias también conocido como servicio de urgencias o sala de emergencia es una parte fundamental de un hospital o centro de atención médica. Este servicio está diseñado para prestar una atención médica inmediata a personas que presentan afecciones médicas o lesiones agudas que requieran tratamiento urgente.

Las unidades de urgencias Hospitalarias (UUH) deben de cumplir una serie de requisitos y condiciones para garantizar una atención médica de carácter urgente.

- Diferenciación física: es importante que las UUH esté físicamente separada de otras áreas asistenciales del hospital, como consultas externas y hospitalización. Esto ayuda a evitar confusión garantizando que los pacientes reciban atención inmediata.
- Señalización: el hospital debe colocar señalización clara y visible para indicar la ubicación de UUH.

- Espacios necesarios: se debe contar con diferentes áreas como la recepción y clasificación de pacientes, sala de espera, consultas médicas, áreas de exploración y tratamiento, zona de observación para pacientes que requieren vigilancia continua, espacio para el personal médico.
- Programa funcional: es el documento que define las necesidades y funciones específicas de la UUH, considerando todas las necesidades de los usuarios, desde pacientes hasta personal médico y de apoyo. También se especifican las cuestiones de acceso, seguridad y la integración con las diferentes áreas, como cuidados intensivos, quirófanos, laboratorio, etc.

La misión de la unidad de urgencias es proporcionar atención médica urgentes a pacientes de manera rápida, eficiente y profesional y el papel del TCAE resulta de gran valor.

## 2 Objetivos

Identificar las tareas del TCAE en la Unidad de Urgencias Hospitalarias y el papel crucial que desempeña en el equipo de atención médica.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 rol de las Auxiliares de Enfermería se basa en llevar a cabo las tareas necesarias para el cuidado de los pacientes, las cuales son determinadas por las necesidades específicas de cada paciente y se establecen en función de un plan de cuidados. Estas tareas son ejecutadas bajo la supervisión y delegación de las enfermeras, quienes son las responsables de planificar y coordinar la atención integral de los pacientes. Las Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel crucial en la prestación de cuidados básicos y en el apoyo a las enfermeras en la ejecución de tratamientos y procedimientos médicos. Su labor contribuye al bienestar y la recuperación de los pacientes en el entorno hospitalario y de atención médica.

Es importante que el TCAE esté familiarizado con las actuaciones específicas de la UUH.
Algunas de las responsabilidades y funciones del TCAE en Urgencias:
- Asistencia en la recepción y triaje de pacientes: colabora en la recepción de pacientes, ayudando en la identificación de la gravedad de sus condiciones mediante la aplicación de sistemas de triaje. Esto permite priorizar la atención de los pacientes más críticos.
- Asistencia en procedimientos médicos: puede colaborar en la realización de procedimientos médicos de rutina, como a toma de constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, etc.) y obtención de muestras para análisis.
- Apoyo en la movilización del paciente: colabora en la movilización segura de los pacientes, garantizando su seguridad y comodidad.
- Cuidado y atención a las necesidades básicas: los pacientes de urgencias pueden estar en situaciones de estrés y malestar. El TCAE proporciona cuidados básicos como la higiene personal, alimentación y confort, para garantizar el bienestar del paciente.
- Apoyo emocional y comunicación: los pacientes de urgencias a menudo se encuentran en situaciones de ansiedad y preocupación. El TCAE escucha a los pacientes transmitiendo un trato empático.
- Colaboración en la gestión de materiales y suministros: mantiene el stock de materiales y repone el carro de curas.
- Colaboración en la limpieza y desinfección: es fundamental para prevenir la propagación de infecciones. Contribuye a mantener un entorno seguro.

## 5 Discusión-Conclusión

El rol del auxiliar de enfermería en el entorno de urgencias es de suma importancia para brindar atención de calidad a los pacientes en situaciones críticas. Sus responsabilidades son diversas e incluyen tanto la atención directa a los pacientes como las tareas administrativas.
Para destacar en esta función es esencial que cuente con habilidades y cualidades específicas, tales como la capacidad de organización, habilidades de comunicación efectiva, empatía hacia los pacientes, destreza en la resolución de problemas y capacidad para trabajar en equipo.
La unidad de urgencias demanda habilidades especiales de un TCAE, incluyendo la capacidad para trabajar bajo presión y tomar decisiones rápidas, adaptarse a diversas situaciones médicas, colaborar en equipo, comunicarse eficazmente con pacientes y familias, conocimientos de Reanimación cardiopulmonar, manejo de

equipos médicos y apoyo emocional. En resumen, un TCAE en urgencias debe ser versátil, comunicativo y capaz de brindar atención de alta calidad en situaciones críticas.

## 6 Bibliografía

1.Alonso, G., & Escudero, J. M. (2010). La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 33, 97–106. doi:10.4321/s1137-66272010000200012

2.Culiáñez Berenguer, A., Pérez, M., & Juan, J. (s/f). TRABAJO FIN DE MÁSTER. Recuperado el 4 de octubre de 2023, de Umh.es website: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/29381/1/CULIA%c3%91EZ%20BERENGUER%2c%20JAVIER.pdf

3.De Necesidades, P., Luis, J., Enrique, S., Hervas, D., Soledad, S., Pons, O., … Santiago Pérez, S. (s/f). PROGRAMA DE NECESIDADES UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. Recuperado el 4 de octubre de 2023, de Contrataciondelestado.es website: https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/9264afcd-e1d2-4ea3-84cd-319916423e9e/DOC20180514134401Anexo+2+Plan+Funcional
+Urgencias.pdf?MOD=AJPERES

4.La importancia del TCAE en el servicio de Urgencias. (2013). Recuperado de https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/

5.PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS GENERALES HOSPITAL DE SAGUNTO 2019. (s/f). Recuperado el 4 de octubre de 2023, de Gva.es website: https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8051331/PLAN+FUNCIONAL+DE+ENFERMERIA+DEL+SERVICIO+DE+URGENCIAS+-+2019.pdf

6.(S/f). Recuperado el 4 de octubre de 2023, de Gob.es website: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf

## Capítulo 232

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUX DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE PACIENTES GERIÁTRICOS

MIREIA SÁNCHEZ JO

LARA MOLINA MARTIN

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

## 1 Introducción

Los técnicos en cuidados de pacientes geriátricos pueden desenvolverse en sus funciones tanto en una residencia o centro geriátrico, como en un hospital con pacientes que encajen en ese perfil.

Para poder desarrollar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con pacientes geriátricos tenemos que tener una preparación anterior para poder cubrir sus necesidades físicas y psicológicas, estos pacientes necesitan un margen de ayuda más amplio, los hay altamente dependientes físicamente, psicológicamente o ambas y también los que se encuentran en buenas condiciones, pero con alguna necesidad psicológica.

En un hospital los pacientes geriátricos permanecen un tiempo limitado, ingresan por patologías que no pueden ser atendidas en los centros geriátricos a los que pertenezcan, si nos centramos más en los centros geriátricos veremos que allí

encontramos personas con bastante dependencia, las cuales necesitan de nuestra ayuda dependiendo del grado de dependencia que padezcan, tendremos que ayudarlos a levantarse, lavarse o incluso vestirse, que es lo más básico, hasta ayudarles a entablar amistad con otros compañeros, tan importantes son los cuidados por limitaciones físicas, como los cuidados por problemas psicológicos.

Tendremos que crear un ambiente cálido, donde el paciente se siente a gusto a nuestro lado y así les genere confianza nuestra compañía, nosotros estaremos a su lado en momentos muy íntimos, como puede ser cambiar un pañal o realizar un baño, con lo que tendremos que entender todo lo que nos dice y sobre todo ser muy empáticos, tranquilizando al paciente y haciéndole ver que entendemos como se siente y queremos ayudarlo.

## 2 Objetivos

Visibilizar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de los centros geriátricos y los hospitales, entendiendo que son sanitarios muy necesarios y que sin su ayuda no se podría gestionar ninguno de los centros en los que desarrolla su trabajo.

## 3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha utilizado la experiencia profesional en los centros geriátricos, trabajando con pacientes de la tercera edad y con pacientes con necesidades específicas por su dependencia.
Así mismo, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Vamos a empezar por el cuidado más básico en el paciente geriátrico, que es la higiene, tanto los pacientes más dependientes como los menos, merecen tener una higiene adecuada para tener una mejor calidad de vida, los pacientes más dependientes necesitaran que nos ocupemos de su aseo personal que como mínimo se tendrán que realizar tres duchas o baños a la semana, siempre con productos neutros para no alterar el pH de la piel, ni provocarle ningún tipo de alergia, la-

vando y secando muy bien la piel, prestando atención a los pliegues, donde la humedad es contraproducente.
El momento del baño es muy importante y tenemos que conseguir que estos pacientes confíen en nosotros y se sientan cómodos, tenemos que generar un clima adecuado donde los elementos de seguridad estén visibles y al alcance del paciente, la temperatura de la zona donde se procede a efectuar el baño tiene que ser óptima y que los productos de higiene estés al alcance y no hay que dejar al paciente sin supervisión.

Comunicarnos con el paciente es fundamental para que se sienta seguro y tranquilo, explicándole todos los pasos que vamos haciendo y preguntándole si se siente a gusto.
Como hemos comentado anteriormente, el aseo en los pacientes geriátricos es muy relevante para tener una buena calidad de vida, preocuparnos y ayudarlos en su aseo, ayudara a prevenir las enfermedades e infecciones, aumentar su autoestima y mejorar su estado de ánimo, mejoraremos la sociabilización con su entorno y estimularemos la circulación sanguínea.

En un centro geriátrico también nos encontraremos con los pacientes encamados, pacientes que no se pueden levantar y que dependen totalmente del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para efectuar su aseo, alimentación …, estos pacientes necesitan una atención más personalizada y para ello la auxiliar de enfermería debe estar preparada con anterioridad, específicamente tener los productos de limpieza cerca, toallas de distintos tamaños, cremas y pomadas para distintas patologías dependiendo de las necesidades del paciente, mínimo dos esponjas y palanganas con agua a temperatura adecuada.

La forma de proceder en el aseo con los pacientes encamados sería hacer el aseo y la hidratación en cada parte del cuerpo por separado, utilizando distintas esponjas y toallas, dependiendo de la zona que vayamos a asear, empezando por la cara, prestando atención a ojos, orejas, cuello y vías nasales, ir bajando hacia axilas y brazos, abdomen y tórax, seguido de las piernas y pies, sin olvidarnos de limpiar y cortar las uñas para terminar en genitales y cabello.

Otro punto importante en los cuidados del paciente geriátrico, es la alimentación, un paciente geriátrico sano puede disfrutar de todo tipo de comida, siempre y cuando se haga con moderación, en estos pacientes se debe evitar que la alimentación se les haga monótona, una dieta adecuada para estos pacientes, es la que les aporta los nutrientes necesarios para mantener un estado de salud óptimo, con la edad se van necesitando menos calorías, debido a una menor ac-

tividad física y a una menor cantidad de masa muscular, por ello deberíamos elegir para alimentación productos con un alto contenido vitamínico, pero con una cantidad de calorías menor. Más o menos las calorías que debería ingerir un adulto varón entre 60/80 años es de 2400 kcal y una mujer 1950 kcal por día.

Tenemos que tener en cuenta en este punto también el estado psicológico del paciente geriátrico, la depresión que muchas veces padecen influye muy negativamente en su alimentación, la tristeza y soledad pueden desencadenar en una desgana por alimentarse de forma adecuada, con lo cual tenemos que tener especial cuidado con estos pacientes.
Para evitar los déficits nutricionales, sería importante una buena variación de los menús, como dijimos antes, la alimentación en estos pacientes, no puede hacerse monótona. Tener especial cuidado con los alimentos sólidos, cortarlos en pequeños trozos para mejorar su masticación o incluso triturarlos en purés, para evitar una difícil deglución, evitar que estos pacientes coman solos, aumentar su ingesta de fibra, en pacientes geriátricos, el estreñimiento es bastante común.

Debemos entender que los pacientes geriátricos necesitan más tiempo para todo, debemos ser empáticos y hacerles sentir a gusto a nuestro lado, ayudarles a valerse por sí solos dentro de las limitaciones que tengan para que se sientan útiles, facilitándoles de ese modo su vida.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se confirma que el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes geriátricos es muy importante.
La gran mayoría de estos pacientes están internados en centros geriátricos de forma permanente y al final el personal sanitario pasa a ser la persona de confianza, con lo que debemos empatizar y esforzarnos en hacerles la vida lo más cómoda posible, generando desde que entramos por la puerta del centro, hasta el momento de la salida, un ambiente cálido y cómodo, donde el paciente geriátrico se sienta a gusto, evitando gritos y momentos tensos, hablándoles con tranquilidad, sobre todo en los momentos de cambio de pañal, baño o alimentación, donde el estrés es contraproducente y en lugar de ayudarnos, conseguiremos todo lo contrario.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se transforma muchas veces en la persona que el paciente geriátrico necesita 24 h, se convierte en sus piernas o sus manos, en un hombro en el que calmar sus penas o en la persona.

# 6 Bibliografía

1. https://www.fp-santagema.es/las-funciones-auxiliar-enfermeria-geriatrico/.
2. https://teleasistencia.es/es/blog/informacion/consejos-sobre-el-aseo-personal-a-personas-mayores.
3. https://revistamedica.com/necesidades-nutricionales-paciente-geriatrico/.
4. https://observatorio.escueladealimentacion.es/entradas/alimentacion-y-salud/nutricion-en-la-edad-geriatrica.

## Capítulo 233

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE LA TRAQUEOTOMÍA

MIREIA SÁNCHEZ JO

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

LARA MOLINA MARTIN

## 1 Introducción

Antes de empezar a con este interesante capítulo, deberíamos conocer la diferencia entre traqueotomía y traqueostomía, como veremos ahora son dos palabras que van de la mano, la traqueotomía es el orificio que se realiza de forma quirúrgica en el cuello y la traquea, en ese orificio se coloca un tubo de traqueostomía para mantenerlo abierto y así facilitar la respiración, el proceso quirúrgico por el que se realiza la abertura en el cuello y la traquea, se denomina traqueostomía.

Los pacientes con traqueotomía los podemos encontrar tanto en hospitales como en centros geriátricos, así que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar preparada con anterioridad para poder ayudar a estos pacientes, siempre debemos intentar preservar su intimidad y que se sientan cómodos con el procedimiento que vamos a efectuar, si es posible se le puede solicitar al paciente que colabore con nosotros.

Los traumatismos en las vías respiratorias pueden ser causa de muerte, esos pacientes pueden requerir una vía aérea alternativa y artificial, la traqueotomía, este procedimiento debe hacerlo personal médico cualificado, junto con personal capacitado, por lo tanto, todo el equipo sanitario debe trabajar en conjunto para evitar cualquier riesgo que pudiera complicar la salud del paciente, como alteraciones dérmicas e infecciones.

## 2 Objetivos

- Informar sobre los protocolos de actuación frente a una traqueotomía y los diferentes tipos de cánulas que nos podemos encontrar.
- Describir las funciones y tareas en el manejo de un paciente portador de cánula con traqueotomía.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 empezar podemos hablar de los diferentes tipos de cánula que nos encontraremos, entre ellas encontraremos dos tipos de materiales: Sintéticas o metálicas, distintos tamaños en el diámetro de la cánula: El que se use un número de cánulas u otro dependerá de la edad y del grosor del cuello del paciente; a mayor número, mayor diámetro, fenestradas o no fenestradas: Las cánulas fenestradas tienen uno o varios orificios que van a permitir que el aire pase a través de ella hacia la vía aérea superior ayudando a la fonación. Para eso debemos colocar un tapón en la camisa interna de la cánula (la cánula externa y la interna deben ser fenestradas para poder poner el tapón). Las no fenestradas no tienen orificios. Con balón y sin balón: el balón de neumotaponamiento es un globo hinchable que está en el extremo distal de la cánula y que se hincha con un pequeño volumen de aire. El balón hinchado está indicado para un paciente que puede necesitar una

ventilación mecánica; también cuando haya riesgo de aspiración de alimentos o entrada de sangre.

Las cánulas están formadas por tres elementos, es importante conocerlos, cánula externa, camisa o cánula interna y guía, la cánula externa es la que se introduce en la tráquea, pudiendo mantener así abierto el traqueostoma, facilitando de ese modo la respiración, presenta una pequeña placa con dos aberturas a cada lado, para poder fijar la cánula al cuello con una cinta, la camisa o cánula interna es un dispositivo que se introduce dentro de la cánula externa para asegurar la permeabilidad de las vías aérea y facilitar la limpieza de secreciones, ya que se puede extraer y limpiar, la cánula interna se fija a la cánula externa mediante un dispositivo de seguridad, la guía es más larga que la cánula externa y con el extremo romo, se utiliza para facilitar la introducción de la cánula en la tráquea, evitando así posibles lesiones.

Protocolo en la actuación.
El primer paso y después de asegurarnos de tenerlo todo preparado, oxigenaremos al paciente, aspirando las secreciones por la cánula de traqueotomía, si la cánula tuviera balón, informaremos al paciente de lo que vamos a hacer a continuación y desinflaremos el balón de la cánula, colocaremos al paciente en posición lateral para evitar problemas si tuviera tos, retiraremos el apósito del estoma y seguidamente la cánula, aspirando las secreciones que pudieran aparecer en el estoma, siempre sin profundizar para evitar lesiones. Limpiaremos el estoma con suero fisiológico y secaremos, la piel de alrededor del estoma, la limpiaremos con antiséptico, evitando tocar el estoma. Cambiaremos nuestros guantes usados, por unos estériles, no sin antes, lavarnos las manos, colocaremos al paciente con la cabeza en hiperextensión, colocando la cánula con rapidez, pero evitando movimientos bruscos para no provocar lesiones, retiraremos de inmediato el obturador, colocando la cánula interna, fijando con los dedos la cánula externa, para evitar que salga disparada en un ataque de tos, si la cánula tuviera balón, la hincharíamos con el volumen de inflado adecuado. Colocaremos el apósito y la cinta para fijar la cánula al cuello, posicionaremos al paciente en una posición cómoda y retiraremos todo lo utilizando.

## 5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de los pacientes traqueotomizados son complejos, por ese motivo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, tienen que estar bien preparadas y con prácticas supervisadas, antes de hacerse cargo de una cura de

estoma o cambio de cánula en solitario.
Estos pacientes pueden tener una carga psicológica por lo que supone estar traqueotomizados y tener que respirar a través de una cánula, por ello la auxiliar de enfermería deberá tener alta empatía y comprensión, hablar al paciente con voz tranquila y dedicarle el tiempo que sea necesario, no ir con prisas.
Un paciente traqueostomizado puede englobar diferentes edades, desde niños, hasta ancianos, por eso podemos encontrarlos en diferentes centros asistenciales, hospitales y centros geriátricos.

## 6 Bibliografía

1. https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/insercion-cuidados-y-mantenimiento-de-dispositivos/cuidados-cambio-y-mantenimiento-de-canula-de-traqueotomia/.
2. https://revistamedica.com/tcae-cuidados-tubo-traqueal/.
3.https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000076.htm#::text=Limpiar%2C%20reemplazar%20y%20succionar%20la,el%20apósito%20alrededor%20del%20orificio.

## Capítulo 234

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA

MIREIA SÁNCHEZ JO

MARÍA SOFIA PARDO GARCIA

ANA MARIA PORTELA HERNÁNDEZ

LARA MOLINA MARTIN

## 1 Introducción

Los pacientes con movilidad reducida nos los podemos encontrar en varios centros, hospitales, centros geriátricos y centros especializados.
Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que estar preparada para poder ayudar a un paciente con movilidad reducida, cambios posturales, levantarse y acostarse de la cama, desplazamientos por el centro…

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que ser una persona en la cual el paciente confíe, ya que va a necesitar ayuda en varios momentos del día. Por ello, la auxiliar de enfermería, tiene que crear un buen ambiente, siendo amable, empatizando y teniendo un trato tranquilo con el paciente. Conocerá los diferentes útiles que puede usar para la movilización de estos pacientes, grúas,

sillas de ruedas, sillas para baño…, las puede usar sola, pero la grúa se recomienda su uso con un/a celador/a o con otra compañera.

Nos vamos a centrar en los pacientes que se encuentran en centros especializados y centros geriátricos, ya que el tiempo que permanecen en esos centros es más largo o a veces permanente y los pacientes con el tiempo generan un vínculo con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que les ayuda a diario que es beneficioso tanto para el paciente como para la auxiliar de enfermería, en un hospital, los pacientes con movilidad reducida también necesitan ayuda de la auxiliar, pero el tiempo de ingreso es temporal.

## 2 Objetivos

Visibilizar el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes de movilidad reducida, en los ámbitos donde se encuentren, centros geriátricos, centros especializados y hospitales.

## 3 Metodología

Para escribir este capítulo se ha tenido en cuenta nuestra experiencia profesional desarrollada en centros geriátricos y hospitales, así mismo también se han consultado temarios especializados en cambios posturales, traslado del paciente con movilidad reducida, actividades terapéuticas …, para poder desarrollar adecuadamente este capítulo.
Se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Al levantar al paciente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener las manos limpias y cubiertas con guantes y se quitarán todos los obstáculos que tengamos al lado de la cama, ya sean sillas, barandillas o todo objeto que moleste para el buen desarrollo de la movilización. Es aconsejable hacerlo entre dos personas por la seguridad del paciente, ya que dependiendo de altura y peso, es posible que un solo auxiliar de enfermería no pueda.
Moveremos al paciente en bloque: un auxiliar colocará las manos en hombros y cabeza y el otro técnico o celador en piernas, colocando las manos por detrás de

las rodillas y tobillos; realizando un movimiento conjunto, dejaremos al paciente sentado en la cama durante unos minutos por si sufre algún mareo. Después, acercaremos la silla de ruedas al borde de la cama, los técnicos y/o celador se colocarán cada uno a un lado del paciente, introduciendo el brazo por debajo de la axila de la persona a movilizar, el otro brazo del técnico irá a agarrar la parte trasera del pantalón, para asegurar la sujeción de piernas; en un único movimiento lo trasladaremos a la silla de ruedas, ayudándolo a colocar bien la ropa, los pies encima de los estribos y una pequeña manta para las piernas.

Si el paciente estuviera totalmente limitado de movimientos, podríamos trasladarlo con grúa: colocando al paciente en posición supino, moveremos los enganches de la grúa por encima del paciente, enganchando las cuerdas del columpio que están alrededor de los hombros del paciente, dejando sus brazos siempre dentro del columpio; las otras cuerdas, las colocaremos entre las piernas del paciente cruzándolas, de ese modo ya lo tendremos bien colocado para la movilización. Subiremos la grúa poco a poco, sujetando la cabeza del paciente y vigilándolo en todo momento, ayudaremos a que quede bien sentado en la silla, colocándole los pies en los estribos, la ropa y una pequeña manta en las piernas.

Un tema muy importante, también en los pacientes con movilidad reducida, son los cambios posturales. Hay distintos cambios posturales: decúbito supino (boca arriba), decúbito prono (boca abajo), decúbito lateral (derecho o izquierdo), fowler o semifowler (sentado o semisentado), estas son las más utilizadas, hay varias más dependiendo de la situación del paciente.
Junto con los cambios posturales, se emplean accesorios, también llamados descargas: normalmente son almohadas o cojines, que se usan para colocarlas entre dos zonas anatómicas donde puede existir un roce duro, hueso con hueso, como sería entre las rodillas, tobillos, debajo de las caderas, entre los codos en las posiciones de decúbito lateral.
La finalidad de estos cambios posturales es evitar lesiones (UPP) úlceras por presión, que son lesiones cutáneas causadas por el roce o la presión durante tiempo de dos superficies duras, ya sea dos áreas anatómicas o una región anatómica y la cama en una misma zona. El no cuidar adecuadamente estas lesiones puede tener consecuencias para el paciente. Los cambios posturales se realizarán cada 2/3 h dependiendo del paciente, incluso el tiempo podría ser más corto si fuera necesario.
Hay métodos para evitar que los cambios posturales sean muy seguidos y así intentar que el paciente esté más cómodo, como el colchón antiescaras. Los profesionales deberán decidir si es necesario la colocación de un colchón antiescaras

o no, dependiendo de las zonas enrojecidas de la piel del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

La realización de los cambios posturales es fundamental para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente, mejorando su estado de salud. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberán conocer los diferentes estadios por los que pasan las úlceras de presión y deben estar preparados, tanto en conocer el protocolo, como psicológicamente, pues estos enfermos necesitan comprensión y paciencia.
El técnico tiene que empatizar con la situación en la que se encuentre el paciente, cuando se entre en una habitación, sería muy positivo, hacerlo con una sonrisa, explicándole al paciente lo que vamos a realizar, para que él colabore en lo que pueda, para que se sienta útil.
Se destaca la importancia de que cuando se ejecute alguna tarea que ponga en riesgo la intimidad del paciente, como un cambio de pañal o cambios de parches de las úlceras sacras y el paciente quede expuesto, deberemos ser más sensibles y ayudarlos a que no se sientan en una posición muy vulnerable, dándoles confianza.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-papel-de-los-auxiliares-de-enfermeria-en-la-intervencion-de-los-cambios-posturales-en-pacientes-con-movilidad-reducida.
2. https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-una-residencia.
3. https://cuidadomayoresmadrid.net/blog/cuidado-de-personas-con-movilidad-reducida/.

## Capítulo 235

# EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

RAQUEL RUBIO PRESTEL

LIDIA GARCIA GARCIA

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

## 1 Introducción

La fisioterapia respiratoria es un tratamiento dentro de la unidad de rehabilitación respiratoria que está formada por un conjunto de técnicas y cuidados que lo que pretende es ayudar al paciente que lo precise a mantener las vías aéreas abiertas, permeables y permitir la expulsión o aspiración de las secreciones, evitando así episodios de atragantamiento o asfixia.
La fisioterapia respiratoria es un tratamiento individual y personalizado para cada paciente. No todos necesitan de estos cuidados por una misma razón, ni presentan las mismas patologías ni las mismas condiciones a la hora de trabajar con ellos.

Es muy importante conocer que el paciente que precise de este tipo de tratamientos ha de conocer un par de indicaciones muy sencillas, pero que son importantes.
- Nunca se deben realizar estas técnicas inmediatamente después de haber realizado la ingesta de las comidas principales.
- Es muy importante para que este tratamiento sea efectivo adoptar las posturas corporales correctas en cada ejercicio, así como obedecer al especialista en la forma en la que se deben realizar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar completamente familiarizado con este tipo de tratamientos, porque en la mayoría de los casos, será el encargado de controlar como realiza los ejercicios el paciente para que sean cien por cien efectivos.

## 2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la fisioterapia respiratoria, sus beneficios y en qué casos está indicada.
- Detallar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como la labor que desempeña con los pacientes que precisan de este tipo de tratamientos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 hemos visto anteriormente, la fisioterapia respiratoria son una serie de cuidados y técnicas que se le aplican o prescriben a los pacientes con una serie de patologías o problemas que afectan al aparato respiratorio.

En un alto porcentaje está demostrado que aquellos pacientes que por sus circunstancias de salud han precisado o precisan de estas técnicas, mejoran considerablemente en cuanto a la capacidad pulmonar o respiratoria se refiere.

Generalmente, existen varias técnicas en cuanto a la fisioterapia respiratoria:

- Aerosoles: son unos fármacos que se administran a través de la vía respiratoria, generalmente por la boca o por la tráquea si el paciente lo precisa. Estos medicamentos ayudan a abril los bronquios y a ablandar las secreciones mediante unas diminutas partículas.
- Espirómetro: es un objeto destinado a que el paciente mediante la inspiración y la espiración consiga mover y expulsar las secreciones. Es la técnica más común y más utilizada.
- Vibración: esta técnica la llevan a cabo los profesionales sanitarios y consiste en la administración de vibración o percusión de la pared torácica para poder abrir las vías aéreas y expulsar las secreciones que la puedan obstruir.
- Por último, el mecanismo de la tos; ya puede ser asistida o natural, pero se pretende que igualmente se produzca una expulsión de mocos y secreciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel importante ante este tipo de pacientes y tratamientos, sobre todo cuando éstos se encuentran ingresados.

Cuando un paciente está ingresado y está recibiendo terapia respiratoria no solo lo lleva a cabo en el momento en el que el fisio lo está tratando, sino que es necesario que a lo largo del día desarrolle los ejercicios o se administre los aerosoles que sean necesarios. Es en este momento cuando el auxiliar de enfermería debe estar muy atento y controlar que estas pautas se cumplan. Vigilando las horas a las que se debe administrar el aerosol, así como incentivando el uso del espirómetro o la tos.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el profesional sanitario técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener una serie de conocimientos bastante amplios de los diferentes pacientes a los que se enfrenta. Evidentemente, muchos de estos conocimientos se adquieren con el paso del tiempo y trabajando a diario con el paciente.

La fisioterapia respiratoria está demostrada que ayuda a aquellos pacientes son deficiencias respiratorias, siempre y cuando se realice del modo adecuado e indicado. Cuando el paciente está hospitalizado, es el auxiliar de enfermería quien revisara que este procedimiento se esté realizando correctamente. De no ser así, será el encargado de ayudar al paciente y si este no colabora o no es posible que se realice correctamente, deberá informar al responsable inmediatamente.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 236

# TRASTORNO OBSESIVO COMPUSIVO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS SEGÚN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BEGOÑA LAZARO SANCHEZ

GEMMA GONZÁLEZ MORCILLO

LIDIA GARCIA GARCIA

ANA MARIA CUMPLIDO SOBRINO

RAQUEL RUBIO PRESTEL

## 1 Introducción

El T.O.C. o también denominado trastorno obsesivo-compulsivo, es una enfermedad mental de carácter crónico que a día de hoy no tiene cura, pero sí tratamiento para poder intentar llevar una vida normal.
Generalmente, las personas que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo suelen presentar otro tipo de patologías mentales asociadas al trastorno.
Este tipo de trastorno está caracterizado por una serie de conductas que suelen ser repetitivas, obsesión con ciertas cosas y sobre todo cambio de conducta repentino.
Según algunos artículos y publicaciones que hemos consultado, observamos que a día de hoy el trastorno obsesivo-compulsivo supone un 2% de la población.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener muy claras las funciones que tiene que realizar con este tipo de pacientes, ya que hay que diferenciar entre la relación laboral con la personal y es muy probable que este tipo de pacientes lo puedan confundir, y, por lo tanto, dificultar el trabajo del auxiliar de enfermería.
Para tratar con este tipo de pacientes es necesario entender que sensaciones o sentimientos pueden estar experimentando, y así poder ofrecerles una atención más especializada y de mayor calidad, velando siempre por el bienestar del enfermo. Para ello es necesario hacer uso de las herramientas psicológicas que el profesional debe conocer y manejar.

## 2 Objetivos

- Explicar en qué consiste el trastorno obsesivo-compulsivo, sus características y las consecuencias sociales que conlleva para el paciente que lo sufre.
- Detallar la importancia que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el desarrollo de sus funciones con este tipo de pacientes.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo el presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos o publicaciones relacionadas con el paciente obsesivo-compulsivo y la relación con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
Además, se ha recurrido a diferentes bases de datos como Scielo y Medline, empleando términos como trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad, enfermedad mental.

## 4 Resultados

El paciente que presente algún tipo de enfermedad mental muchas veces requiere una serie de cuidados un tanto más específicos que el resto de las pacientes. Con ellos es mucho más importante saber manejar esas herramientas de carácter psicológico más que la propia asistencia sanitaria a la que está acostumbrado el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Cuando un auxiliar de enfermería trabaja en las unidades mentales, debe conocer muy bien a que tipo de pacientes va a tratar y sobre todo vencer esos

miedos o tabúes que solemos tener cuando nos referimos al trato con el paciente psiquiátrico. Generalmente y según avanzamos en el desarrollo del trabajo con el paciente enfermo mental, estos miedos van desapareciendo y se van adquiriendo técnicas que nos suponen un mejor desempeño de las funciones.

Cuando nos referimos a un paciente que sufre de trastorno obsesivo-compulsivo, hay que tener en cuenta un factor muy importante que es el sentimiento de angustia constante que presentan estos pacientes y que les hace entrar en un bucle de ansiedad y miedo continuo. Por esto hay que saber cómo atajar esta circunstancia para ofrecerles como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, un desarrollo de las funciones óptimo y resolutivo.

El paciente psiquiátrico no es un paciente fácil de tratar, por lo que la predisposición a realizar de manera correcta su trabajo por parte del profesional lo es todo. Las funciones que desempeña un auxiliar de enfermería para con estos pacientes suele ser la misma que con el resto. Pero eso sí, la relación que se crea entre enfermo y profesional sanitario debe quedar muy clara.

A este tipo de pacientes hay que tratarlos con una importante carga de paciencia, cariño y respeto.
Suelen valorar mucho la atención que se les presta, y son supersensibles ante el nerviosismo, por lo que la tranquilidad en el trato es una herramienta importante para que la respuesta del paciente sea positiva ante los tratamientos y las terapias.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario que desempeña sus funciones en el área de psiquiatría o simplemente con pacientes que desarrollan enfermedades mentales, han de tener muy claro cuál es su papel y sus funciones con este tipo de pacientes. Muchas veces nos encontramos la problemática en estas áreas de que el personal sanitario no reúne o no está cien por cien cualificado para desarrollar sus funciones con este tipo de enfermos, por lo que sería muy importante que el sanitario se replantee un cambio para poder ejercer su trabajo de la mejor manera posible.
El paciente con trastorno obsesivo-compulsivo es muy complejo a la hora de tratar, porque presenta patrones que no solo afectan a dicha patología, sino que probablemente asociada a esta tenga presentes otras características propias de otra enfermedad mental.
Es muy importante que, en el trato con estos pacientes, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como el resto de las profesionales, sean capaces, en

la medida de lo posible, empatizar con la situación, para poder entender lo que pueda pasar por la mente del paciente.

## 6 Bibliografía

1. El rol del TCAE en pacientes con trastornos mentales - Ocronos - Editorial Científico-
Técnica (revistamedica.com)
2. Plan de cuidados de enfermería en un paciente diagnosticado de trastorno obsesivo- compulsivo. (revistasanitariadeinvestigacion.com)
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
4. https://medlineplus.gov/spanish/.
5. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 237

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS POST- MORTEM

NATALIA ALCAIDE MARTIN

## 1 Introducción

Los cuidados Post- mortem, son aquellos que el personal sanitario le practica al paciente una vez que ha fallecido.
La muerte es algo natural que le sucede a todas las personas porque forma parte del ciclo vital y es inevitable.
Las causas de muerte pueden ser multifactoriales, por enfermedad, por muerte natural, suicidio… por una gran cantidad de causas.
Tampoco hay edad concreta para la muerte de una persona, unas fallecen antes y otras después sin contar la edad o el sexo. También unas en unas condiciones y otras en otras.
Para ello los familiares deben de pasar las llamadas fases del duelo, unos de forma peor o mejor que otros, dependiendo de la persona y de sus características, pero es un proceso por el que debe de pasar todo el mundo porque nadie es inmortal y todos tarde o temprano falleceremos.
Muchas personas, al fallecer un familiar o ser querido, suelen experimentar depresión o ansiedad debido a la perdida, pero para ello deben de acudir a salud mental para que un psicólogo o psiquiatra les ayude a superar y saber aceptar la muerte de la persona, pero sobre todo verlo como algo normal aunque duela porque debe de comprender que es algo normal.

## 2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en personas fallecidas y como realizarles los cuidados post- mortem.

## 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

En primer lugar, el personal de enfermería deberá de asegurarse de que el paciente ha fallecido mediante la realización de un electrocardiograma para comprobar que el paciente no tiene frecuencia cardíaca, también deberá de asegurarse que no tiene respiración.
Una vez que se aseguró de que el paciente ha fallecido, debe de ir el médico a certificar la muerte para proceder con el levantamiento de cadáver.
El personal de enfermería, como el TCAE, deberá de desconectarle de todas las máquinas o aparatos a los que esté conectado, quitarle todas las sondas o vías que tenga conectado al cuerpo, deberá de taparle todos los orificios como las fosas nasales, oídos, cerrar los ojos y cerrarle la boca, es decir, amortajarlo. También se le debe junto con el celador de realizarle el aseo si es necesario y pasarle a la camilla metálica, también se le debe de introducir el cadáver en el sudario y ponerle una sábana por encima.
También el médico hará el parte o documento acreditando la muerte de la persona, con fecha y día donde quede grabado en el acta de defunción.
Los cadáveres deben de ser aseados y maquillados para su previa preparación para cuando vengan a recogerlos los servicios fúnebres y estén presentable para cuando sea velado en el tanatorio por sus familiares y seres queridos.
En todo momento, el personal de enfermería debe de realizar los cuidados siguiendo los pasos y el protocolo hospitalario impuesto por las autoridades sanitarias o por la gerencia hospitalaria establecida en el hospital de cada comunidad autónoma.

Entre todo el funcionamiento de los equipos de profesionales sanitarios se consigue un trabajo exitoso y eficaz donde sea un desarrollo profesional de calidad y eficaz.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se destaca la importancia de que en todo momento se debe de respetar el cuerpo de la persona que ha fallecido y a sus familiares y seres queridos porque están pasando por un mal momento. Es necesario entender y comprender la situación y deben pasar las fases del duelo como todas las personas que llevan su proceso, aunque unas toman más tiempo que otras.
Por ello, también se debe de tener en cuenta el duro trabajo profesional que hace el personal de enfermería porque es duro tener que trabajar con la muerte y viendo a las personas sufrir.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 238

# EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

LAURA VERGARA SAEZ

## 1 Introducción

La enfermedad neurológica síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía de rápido progreso cuya etiología patógena aún no se conocen por completo. Produce debilidad progresiva en las cuatro extremidades, arreflexias, disfunción autonómica y parálisis respiratoria. la incidencia actual indica que aumenta con la edad, con un máximo de 4 a 5 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, la enfermedad es mucho más rara en niños y adolescentes con una incidencia de 0,62 casos por 100.000 habitantes (1). Alrededor del 25 por ciento de los pacientes requieren asistencia ventilatoria durante la fase aguda(2).

El síndrome de Guillain-Barré puede presentarse de dos formas principalmente: polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda que es la que se presenta

en la mayoría de los países occidentales y neurópata axonal motora y sensorial motora aguda que es más frecuente en América del Sur y Asia (3).

La Fisioterapia ofrece un conjunto de técnicas en pacientes con Guillain-Barré como la fisioterapia respiratoria, ejercicio terapéutico, y cinesiterapia activa y pasiva. El tratamiento de fisioterapia puede mejorar la calidad de vida de los pacientes así como mejorar la sintomatología en fases agudas de la enfermedad.

Todavía son escasos los estudios que avalan el papel de la fisioterapia en pacientes con síndrome de Guillain-Barré, sin embargo, existe bibliografía que muestra los efectos que la fisioterapia puede ofrecer en este tipo de pacientes.

## 2 Objetivos

Analizar, describir y estudiar los beneficios o perjudiciales del tratamiento conservador rehabilitador de fisioterapia en pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

## 3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave ("síndrome and "physiotherapy" and ""Guillain" and "Barré""). 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 con ´síndrome Guillain-Barré y los efectos tanto beneficiosos como perjudiciales

## 4 Resultados

En el primer artículos analizado "Diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome in childhood and adolescence: An evidence - and consensus- based guideline" indica como recomendación fuerte el tratamiento de fisioterapia y sus efectos beneficiosos para mejorar la independencia funcional del paciente (4).

En el ensayo clínico "Supervised, individualized exercise reduces fatigue and improves strength and quality of life more than unsupervised home exercise in people with chronic Guillain-Barré syndrome: a randomized trial" en el cual se

realizaos una intervención de ejercicio terapéutico de trabajo de fuerza y resistencia. Mejoró la resistencia a la fatiga, así como la calidad de vida de los pacientes y hubo un incremento de fuerza (5).

Analizamos un estudio retrospectivo "Importance of intensive and prolonged rehabilitative treatment on the Guillain-Barré syndrome long-term outcome: a retrospective study" indicaron la frecuencia en la cual el tratamiento de fisioterapia puede ser beneficioso, observándose que tratamientos alargados en el tiempo puede mantener la mejora de la calidad de vida de los pacientes en periodos superiores de 6 meses (6).

Analizamos además casos como "Physiotherapy management of a rare variant of Guillain-Barré Syndrome, acute motor and sensory axonal neuropathy (AMSAN) along with COVID-19 in a 35-year-old male -a case report" donde se indicó que el tratamiento de fisioterapia mejoró la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la frecuencia cardiaca, y el requerimiento de oxígeno desde el inicio del tratamiento hasta el final a las 4 semanas, Mejoró la potencia muscular de los miembros inferiores, reducción en la escala de discapacidad. Por lo tanto una mejora en el estado funcional del paciente (7).

Por último el artículo analizado "Early Approach Towards Atypical Guillain-Barré Syndrome: A Physioterapy Perspective in a case Report" tras este estudio realizado de un caso se mejora tanto con la terapia de hidroterapia como la terapia en gimnasio en la marcha y el equilibrio. Concluye el artículo que la fisioterapia mejoró la independencia funcional, así como la reducción de la estancia hospitalaria (8).

## 5 Discusión-Conclusión

Tras una extensa búsqueda bibliográfica por la bibliografía científica hemos podido concluir que la fisioterapia en pacientes con síndrome de Guillain-Barré mejora las capacidades funcionales en una etapa temprana a corto plazo, la marcha, así como el equilibrio. Se demuestra que el tratamiento debe ser prolongado más de 6 meses en el cual obtenemos mejores beneficios que en aquellos pacientes en el tratamiento de fisioterapia se reduce a menos días. Se necesitan más estudios con un seguimiento más largo del tratamiento de fisioterapia para analizar resultados más a largo plazo, así como metaanálisis que muestren con una evidencia mayor el beneficio de la fisioterapia en pacientes con Guillain-Barré.

# 6 Bibliografía

1. Korinthenberg R, Trollmann R, Felderhoff-Müser U, Bernert G, Hackenberg A, Hufnagel M, Pohl M, Hahn G, Mentzel HJ, Sommer C, Lambeck J, Mecher F, Hessenauer M, Winterholler C, Kempf U, Jacobs BC, Rostasy K, Müller-Felber W. Diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome in childhood and adolescence: An evidence- and consensus-based guideline. Eur J Paediatr Neurol. 2020 Mar;25:5-16. doi: 10.1016/j.ejpn.2020.01.003. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31941581.

2. Dhadke S.V., Dhadke V.N., Bangar S.S., Korade M.B.: Clinical Profile of Guillain-Barré Syndrome. J Asso Physicians India 2013; 61: pp. 168-172.

3. Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, Baxter R, Burwen DR, Cornblath
DR, Cleerbout J, Edwards KM, Heininger U, Hughes R, Khuri-Bulos N, Korinthenberg R, Law BJ, Munro U, Maltezou HC, Nell P, Oleske J, Sparks R, Velentgas P, Vermeer P, Wiznitzer M, Brighton Collaboration GBS Working Group (2011) Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine 29:599–612.

4. Korinthenberg R, Trollmann R, Felderhoff-Müser U, Bernert G, Hackenberg A, Hufnagel M, Pohl M, Hahn G, Mentzel HJ, Sommer C, Lambeck J, Mecher F, Hessenauer M, Winterholler C, Kempf U, Jacobs BC, Rostasy K, Müller-Felber W. Diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome in childhood and adolescence: An evidence- and consensus-based guideline. Eur J Paediatr Neurol. 2020 Mar;25:5-16. doi: 10.1016/j.ejpn.2020.01.003. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31941581.

5. Shah N, Shrivastava M, Kumar S, Nagi RS. Supervised, individualised exercise reduces fatigue and improves strength and quality of life more than unsupervised home exercise in people with chronic Guillain-Barré syndrome: a randomised trial. J Physiother. 2022 Apr;68(2):123-129. doi: 10.1016/j.jphys.2022.03.007. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35396175.

6. Prada V, Massa F, Salerno A, Fregosi D, Beronio A, Serrati C, Mannironi A, Mancardi G, Schenone A, Benedetti L. Importance of intensive and prolonged rehabilitative treatment on the Guillain-Barrè syndrome long-term outcome: a retrospective study. Neurol Sci. 2020 Feb;41(2):321-327. doi: 10.1007/s10072-

019-04077-x. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31586288.

7. Vishnuram S, Abathsagayam K, Suganthirababu P. Physiotherapy management of a rare variant of Guillain Barre Syndrome, acute motor and sensory axonal neuropathy (AMSAN) along with COVID-19 in a 35-year-old male -a case report.
Afr Health Sci. 2022 Sep;22(3):520-526. doi: 10.4314/ahs.v22i3.56. PMID: 36910382; PMCID: PMC9993248.

8. Kapre JP, Harjpal P, Samal SS. Early Approach Towards Atypical Guillain-Barré Syndrome: A Physiotherapy Perspective in a Case Report. Cureus. 2022 Nov 8;14(11):e31235. doi: 10.7759/cureus.31235. PMID: 36514603; PMCID: PMC9733801.

## Capítulo 239

# ULTIMOS AVANCES DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN DE PATOLOGIA CIATICA: UNA REVISION SISTEMATICA

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

LAURA VERGARA SAEZ

## 1 Introducción

La ciática se conoce como un dolor irradiado hacia la parte posterior del miembro inferior a lo largo de las raíces nerviosas lumbosacras. La prevalencia e incidencia de la ciática varían ampliamente.

Cherkin estimó que la incidencia es de 5 por 1000 habitantes en los países occidentales (1,2). La variante tan amplia en cuanto a la prevalencia e incidencia se deben a los diferentes criterios diagnósticos. Aumenta los costos y la calidad de vida, ya que produce un alto dolor de espalda en un 67 por ciento de los pacientes

(3,4). En atención primaria, la prevalencia de pacientes con dolor producido como ciática oscila entre un 48 por ciento y un 74 por ciento (5,6).

El tratamiento de fisioterapia para el manejo del dolor lumbar aborda diferentes técnicas: terapia manual, electroterapia, masoterapia, termoterapia y ejercicio terapéutico. Los plazos terapéuticos para el abordaje en pacientes que sufren de dolor diagnosticado con ciática son a través de fisioterapia temprana (7). El tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren de ciática se ha convertido en un gran desafío clínico, ya que a día de hoy, las guías clínicas no sugieren cuando y que aspectos del tratamiento deben administrarse, es decir, ni en qué momento, ni durante cuánto tiempo (8,9).

Por tanto, son necesarias actualizaciones y búsquedas bibliográficas en la literatura científica para ir procesando un tratamiento clínico lo más eficaz posible en pacientes que sufren de patología ciática.

## 2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances de la fisioterapia en pacientes que sufren de ciática.

## 3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave "physiotherapy" and "sciatica" and "lumbar". 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 sufrieran ciática. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los cinco años de antigüedad.

## 4 Resultados

En el primer artículo analizado: "How effective are physiotherapy interventions in treating people with sciatica? A systematic review and meta-analysis" sugiere que las intervenciones de fisioterapia solo son mejores que las intervenciones mínimas para reducir el dolor en puntos temporales a largo plazo. Las interven-

ciones de fisioterapia son menos efectivas que las intervenciones quirúrgicas para reducir el dolor a medio plazo y la discapacidad a corto y medio plazo.

En el siguiente estudio, "Physiotherapy for Piriformis Syndrome Using Sciatic Nerve Mobilization and Piriformis Release" se demuestra que los estiramientos de manera regular son bastante efectivos. Y mejora la funcionalidad de la cadera. La movilización neural es una de las principales intervenciones para el alivio sintomático, la cual reduce la irritación del nervio ciático que se produce debido al espasmo del músculo piriforme.

En "Patients' expectations and experiences of accelerated access to physiotherapy for sciatica: qualitative findings from a mixed-methods study" indica la expectativa de los pacientes con patología ciática con el tratamiento de fisioterapia, el estudio indica que la mayoría de los pacientes se mostraron optimistas sobre su futura recuperación. Los participantes que habían tenido experiencias negativas con la fisioterapia anteriormente se mostraban mas pesimistas con respecto al tratamiento futuro, lo que forma una barrera potencial para el tratamiento de fisioterapia. La severidad del dolor y discapacidad no parecen ser un factor mediador.

En el último articulo analizado "Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in the Management of Post-Injection Sciatic Pain in a non-randomized controlled clinical trial in Nnewi, Nigeria", este estudio evalúa el efecto que produce la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) en el tratamiento del dolor ciático después de la inyección intramuscular. Se observó que la utilidad del TENS en el manejo del dolor por ciática es beneficiosa y puede reducir el dolor.

## 5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada una breve revisión por la bibliografía más actual de la literatura científica y analizados y estudiado los artículos seleccionados que cumplían los criterios de inclusión podemos concluir que el efecto de la fisioterapia puede mejorar el alivio asintomático de pacientes que sufren patología relacionada con el nervio ciático. Sin embargo, necesitamos más estudios que ayuden a unificar más los criterios diagnósticos, así como la especificidad en el tratamiento de fisioterapia.

Lamentablemente es complicado encontrar estudios en los que la sintomatología

del paciente que sufre dolor por ciática sea homogénea, así como encontrar estudios en los que no se haya utilizado tratamiento médico conservador pretratamiento de fisioterapia (fármacos).

# 6 Bibliografía

1. Cherkin D.C., Deyo R.A., Loser J.D., Bush T., Waddell G.: An international comparison of back surgery rates. Spine 1994; 19: pp. 1201-1206.
2. Ostelo RW. Physiotherapy management of sciatica. J Physiotherapy. 2020 Apr;66(2):83-88. doi:10.1016/j.jphys.2020.03.005. Pub 2020 Apr 11. PMID: 32291226.
3. KonstantinouK, Dunn KM, Ogollah R, Lewis M, Van Windt D, Hay EM, Team AS. Prognosis of sciatica and back-related leg pain in primary care: the ATLAS cohort. Spine J. 2018;18:1030-1040. doi: 10.1016/j.spinee.2017.10.071.
4. Dove L, Jones G, Kelsey LA, Cairns MC, Schmid AB. How effective are physiotherapy interventions in treating people with sciatica? A systematic review and meta-analysis. Our Spine J. 2023 Feb;32(2):517-533. doi:10.1007/s00586-022-07356-y. Pub 2022 Dec 29. PMID: 36580149; PMCID: PMC9925551.
5. Harrison SA, Ogollah R, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K. Prevalence, Characteristics, and Clinical Course of Neuropathic Pain in Primary Care Patients Consulting with Low Back-related Leg Pain. Clínico J Pain. 2020. Nov;36(11):813-24. doi: 10.1097/AJP.0000000000000879.
6. Correa LA, Bittencourt JV, Mainenti Pagnez MA, Mathieson S, Saragiotto BT, Telles GF, Meziat-Filho N, Calazans Nogueira LA. Neural management plus advice to stay active on clinical measures and sciatic neurodynamic for patients with chronic sciatica: Study protocol for a controlled randomized clinical trial. PLoS One. 2022 Feb 4;17(2):e0263152. doi: 10.1371/journal.pone.0263152. PMID: 35120149; PMCID: PMC8815873.
7. M. Wand, C. Bird, J.H. Mcauley, C.J. Dore, M. Macdowell, L.H.De SouzaEarly intervention for the management of acute low pain education, manual therapy, and exercises Spine (Phila Pa 1976), 29 (2004), pp. 2350-2356.
8. Greenhough, et al. National low back and radicular pain pathway (2017).
9. Reddington M, Baxter S, Walters SJ, Cole A. Patients‘ expectations and experiences of accelerated access to physiotherapy for sciatica: qualitative findings from a mixed-methods study. Physiotherapy. 2022 Jun;115:102-110. doi: 10.1016/j.physio.2022.01.003. Pub 2022 Jan 31. PMID: 35452918.

## Capítulo 240

# LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE SUFREN DOLOR CERVICAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ

SORAYA BONILLA MARTÍNEZ

ROCIO ORTIZ VILCHEZ

SABRINA SEPÚLVEDA RODRÍGUEZ

LAURA VERGARA SAEZ

## 1 Introducción

El dolor de cuello o cervicalgia musculoesquelética e una de las principales fuentes de morbilidad y discapacidad. El bienestar físico, social y psicológico de las personas puede verse comprometido, lo que resulta un gran gasto por parte del sistema sanitario (1). El dolor cervical afecta más a mujeres que a los hombres (2). Aunque el dolor de cuello puede ser causado por eventos traumáticos o trastornos inflamatorios, la mayoría de las personas presentan dolor de cuello inespecíficos, ya que no puede atribuirse a causas específicas (3). Se estima que la prevalencia anual de dolor de cuello oscila entre el 15 por ciento y el 44 por ciento en estudios comunitarios realizados en todo el mundo (4).

Los trabajadores de oficina tienen una mayor prevalencia de dolor de cuello que la población general. A nivel mundial, se ha informado que la prevalencia anual de dolor de cuello entre los trabajadores administrativos oscila entre el 15 por ciento y el 43,3 por ciento (5,6). Una de las asociaciones causantes además se debe al sedentario de la población y su disociación con el ejercicio físico. Así como su importancia como tratamiento para aliviar o eliminar la causa que provoca el dolor cervical o cervicalgia. debido a la importancia que tiene el ejercicio físico tanto como causa de la lesión, así como su posible tratamiento es de vital importancia estudiar y analizar los últimos avances en la literatura científica.

## 2 Objetivos

estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances del ejercicio terapéutico en pacientes que sufren cervicalgia.

## 3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron como palabras clave ("exercise" and "pain and "neck" 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 ejercicio terapéutico en pacientes que sufrieran cervicalgia. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen un año de antigüedad.

## 4 Resultados

En el primer artículo analizado "LifeStyle and Exercise Relation to Neck and Back Pain in Saudi Arabia" se intentó comprobar si la falta de ejercicio físico afecta en la prevalencia al dolor cervical, obteniendo los siguientes resultados: la buena salud general, la buena higiene del sueño y la buena satisfacción laboral se asociaron con un riesgo reducido de experimentar dolor de cuello, sin embargo en ese estudio no se comprobó asociación entre la actividad física y el dolor cervical (7).

El segundo artículo que analizamos "A randomized controlled trial on the effects of "Global Postural re-education" versus neck specific exercise on pain, disability, postural control, and neuromuscular features in women with chronic non-specific neck pain" se realizó una intervención de ejercicio en pacientes con dolor cervical de "Reeducación Postural Global" en un grupo y un programa de ejercicios específicos para el cuello en otro grupo. Ambas intervenciones fueron igualmente efectivas para reducir el dolor de cuello $p<0.001$ y la discapacidad $p<0.001$ mejorando la movilidad del cuello $p<0.001$. Disminuyendo la actividad de los músculos flexores cervicales superficiales. Además, ninguno de los programas alteró el equilibrio postural (8).

El tercer artículo analizado "The Effectiveness of Ergonomic Training and Therapeutic Exercise in Chronic Neck Pain in Accountants in the Healthcare System: A Review" se realizó una intervención con ejercicios terapéuticos en trabajadores de oficina donde se llegó a ala siguiente conclusión: el estudio demostró que es útil el ejercicio terapéutico para mejorar postura y reducir el dolor. El entrenamiento ergonómico, combinado con ejercicio terapéutico disminuye el dolor, la postura y reduce el deterioro. Tiene una alta tasa de éxito para aliviar las molestias en la zona cervical. Mejora la fuerza y mejora la función. Por lo tanto, la eficacia de los ejercicios terapéuticos y programas de formación ergonómica pueden beneficiar a la población trabajadora (9).

## 5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica hemos llegado a la conclusión que el ejercicio físico en paciente con dolor cervical o diagnosticados de cervicalgia puede ser un tratamiento realmente eficaz para mejorar el dolor, aumentar la fuerza, mejorar la funcionalidad y prevenir otro tipo de dolores. Además, la falta de ejercicio puede ser causante que provoque la patología o dolor cervical. Es de vital importancia realizar más estudios para conocer a fondo los protocolos más efectivos en pacientes diagnosticados de cervicalgia o que sufren dolor cervical, ya que la población en la que se ha realizado la intervención en los estudios que hemos analizado es muy variada y con una actividad laboral diferente.

# 6 Bibliografía

1. Musculoskeletal conditions in children and adolescents managed in Australian primary care. Henschke N, Harrison C, McKay D, Broderick C, Latimer J, Britt H, Maher CG. BMC Musculoskelet Disord. 2014;15:164.
2. Skillgate E, Magnusson C, Lundberg M, Hallqvist J. The age-and sex-specific occurrence of bothersome neck pain in the general population-results from the Stockholm public health cohort. BMC MusculoskeletDisord 2012;13:185. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve\protect\TU\textdollardb=PubMed&list
uids=23006655&dopt=Abstract 10.1186/1471-2474-13-185 [PMC free article][PubMed][CrossRef][Google Scholar]
3. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. BMJ 2017;358:j3221, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list
uids=28807894&dopt=Abstract 10.1136/bmj.j3221 [PubMed][CrossRef][Google Scholar]
4. Work related and individual predictors for incident neck pain among office employees working with video display units. Korhonen T, Ketola R, Toivonen R, Luukkonen R, Häkkänen M, Viikari-Juntura E. Occup Environ Med. 2003;60:475-482. [PMC free article][PubMed][Goolgle Scholar][Ref list]
5. Prevalence and risk factors of neck pain in military office workers. De Loose V, Brunette F, Caignie B, Stevens V, Van Tiggelen D. Mil Med. 2008;173:474-479. [PubMed][Google Scholar][Red list]
6. Changes in general health and musculoskeletal outcomes in the workforce of a hospital undergoing rapid change: a longitudinal study. Shannon HS, Woodward CA, Cunningham CE, Mclntosh J, Lendrum B, Brown J, Sosenbloom D. J Occup Health Psychol. 2001;6:3-14. [PubMed][Google Scholar][Ref list]
7. Almutairi Ah 2nd, Almalki AM, Alharthi EK, Alhossaini ZA, Alkurayzi AH, ALharthi N, Filfilan NN. LifeStyle and Exercise Relation to Neck and Back Pain in Saudi Arabia. Cureus. 2022 Dec 26;14(12):e32979, doi:10.7759/cureus.32979.PMID:36582417; PMCID:PMC9794101.
8. Mendes fernández T, Méndez-Sánchez R, Puente-Gonzáles AS, Martín-Vallejo FJ, Falla D, Vila-Cha C. A randomized controlled trial on the effects of "Global Postural Re-education" versus neck specific exercise on pain, disability, postural control, and neuromuscular features in women with chronic non-specific neck pain. Our J Physiotherapy Rehabil Med. 2023 Feb;59(1):42-53. doi: 10.23736/S1973-9087.22.07554-2. Epub 2023 Jan 4. PMID: 36598342; PMCID: PMC10035445.

9. Dandale C, Telang PA, Kasatwar P. The Effectiveness of Ergonomic Training and Therapeutic Exercise in Chronic Neck Pain in Accountants in the Healthcare System: A Review. Cureus. 2023 Mar 4;15(3):e35762. doi: 10.7759/cureus.35762. PMID: 37025734; PMCID:PMC10072180.

## Capítulo 241

# EL FISIOTERAPEUTA CON EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO.

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

## 1 Introducción

El porteo ergonómico es un sistema de transporte que asegura el contacto constante y una postura adecuada tanto para el bebé como para el adulto, por tanto, es una herramienta muy útil disponible y beneficiosa para la etapa del postparto. Durante el embarazo hay un aumento progresivo del peso en la parte anterior del cuerpo de la mujer. Todo esto provoca que el centro de gravedad se adelante, produciendo ajustes posturales y modificación de ciertos patrones motores. Son cambios progresivos y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganiza para adaptarse a estos cambios.
Con el parto, hay de nuevo un cambio brusco en cuestión de horas, el centro de gravedad vuelve a cambiar y vuelve a reubicar su eje y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganizan de nuevo para pasar de un patrón predominante extensor a un patrón predominantemente flexor, junto con cambios que

se producen en la pelvis para la salida del bebé, siendo las articulaciones sacroiliacas y la sínfisis púbica sometida a una intensa movilización o la lesión de la musculatura abdominal en el caso del parto por cesárea.
El fisioterapeuta tiene que valorar estos aspectos para favorecer la recuperación postparto junto con el porteo para que la mamá y el bebé puedan aprovechar los beneficios del porteo.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los beneficios del porteo ergonómico en el postparto.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Con el nacimiento del bebé, aparecen movimientos nuevos como coger al bebé, amamantarlo, transportarlo, etc. Son movimientos centrados sobre el bebé, que llevan al cuerpo de la mujer hacia un patrón flexor. Todos estos factores, unidos a las posibles lesiones/bloqueos articulares previos al embarazo, pueden desarrollar algias posturales nuevas o agravar las ya existentes.
En este escenario, el porteo ergonómico y adaptado a las necesidades y características de la mamá y del bebé, será una herramienta de gran utilidad para contribuir al bienestar de ambos, ya que son múltiples los beneficios que este aporta como son favorecer el vínculo con el bebé, beneficia la lactancia, favorece el desarrollo psicomotor del bebé, le ayuda a dormir mejor y a llorar menos.
Es importante hacer una adecuada valoración para poder asesorar sobre la mejor opción de porteo posible. También, hay que prestar atención a la recuperación de la estática postural que el cuerpo va a hacer y, por otro lado, la recuperación del suelo pélvico y la cavidad abdominopélvica. Por otra parte, la lactancia es

otro aspecto que debemos tener en cuenta, en la que el porteo puede ayudar en el postparto inmediato y meses posteriores.

Vamos a encontrar mujeres que tras un parto por cesárea no toleran la presión en la zona baja del abdomen, en este caso la opción serán nudos de fular u opciones de porteo que lo eviten. En casos donde sientan inestabilidad de las sacroiliacas, será conveniente ofrecer un ajuste a nivel pélvico que "abrace" los iliacos y estabilice la sacroiliaca.

En cuanto al suelo pélvico, el porteo puede ayudar a la recuperación para mantener una mejor postura corporal. Cuando la mamá tiene al bebé porteado tendrá una postura más erguida que cuando lo sostiene en sus brazos, mejorando también de esta manera su conciencia corporal, y, por tanto, mejoramos la recuperación del suelo pélvico, ya que hay una clara relación entre la postura erguida y la salud de este. Además, cuando la postura en bipedestación es erguida y los centros de gravedad de cabeza, tronco y pelvis están alineados, las fuerzas resultantes de las vísceras recaen sobre el núcleo fibroso central o periné posterior, que es la región del suelo pélvico más reforzada, por el cruce de las diferentes capas musculares. Si se portea con una mala postura corporal de base, el peso del bebé desalineará más aún y enviará más presión hacia el suelo pélvico, pudiendo provocar o aumentar problemas como incontinencia, algias del periné o prolapsos.

En algunas pacientes, necesitaremos evitar presión sobre el abdomen, para así evitar sobrecarga hacia la musculatura perineal. El porteo a la cadera carga menos el suelo pélvico y la faja abdominal que el porteo centrado (delante o detrás). Hay que intentar que el porteo cargue la faja abdominal y el suelo pélvico lo menos posible, que no sea hiperpresivo, lo que implica evitar rodear la cintura con el portabebés, pues cuando se haga un ajuste a nivel de la cintura debe caer a la altura de las crestas ilíacas para que refuerce el efecto del transverso abdominal y no haga tanta hiperpresión en el suelo pélvico. A veces será interesante valorar de forma individual la posibilidad de utilizar el cinturón abdominal (en la mochila) o la tela correspondiente a la cintura para conseguir un efecto cinturón pélvico.

Es importante llevarlo bien ajustado, pegado al cuerpo de la persona que portea. Generalmente, al principio se tiende a llevar más flojo de lo debido por miedo a hacer daño al bebé y, sin embargo, debe llevarse bien ajustado para que el bebé quede integrado dentro del eje corporal de la mamá.

El hecho de portear, además, contribuye a la instauración de la lactancia materna, ya que el contacto piel con piel favorece la secreción de oxitocina, ayuda a la mamá a identificar de forma precoz las señales de su bebé y a responder

más rápido a ellas, contribuye a mantener una buena postura y cuidar la espalda, siendo especialmente beneficioso al inicio de la lactancia, cuando las tomas son más largas y la mamá todavía necesita habituarse a estas nuevas posturas.
Además, se puede amamantar mientras se portea. Por último, con respecto a la lactancia, hay que tener en cuenta la presión del portabebé, sobre todo en el caso de las mochilas, ya que las cinchas laterales podrían oprimir algún conducto del pecho y provocar obstrucciones e incluso mastitis.

## 5 Discusión-Conclusión

La recuperación postparto es una etapa de regeneración y recuperación, que en muchas ocasiones conlleva molestias en la mamá, debidas a la presencia de una cicatriz por cesárea, desgarro o episiotomía, coccigodinias o lumbalgias, lo que provoca dudas sobre si poder o no portear durante esta etapa. El porteo trae múltiples beneficios para la mamá y para el bebé, ya desde el nacimiento del bebé.
Por ello, el fisioterapeuta está dotado para valorar el origen de esas molestias y como el porteo colocado de manera correcta y de manera individualizada a cada mujer puede, incluso, ayudar a favorecer esa recuperación postparto.

## 6 Bibliografía

1. Gutiérrez L. Porteo como herramienta para cuidar tu suelo pélvico y postura https://www.fisiobym.com/porteo-en-el-posparto-mochilaergonomicaversus-fular-elastico/
2. Gutiérrez, L. Porteo y suelo pélvico.https://www.ensuelofirme.com/porteobebe-seguro-pelvico-pelvis-posturas/
3. López, E. Salmerón, M. El porteo ergonómico. Pediatría Integral. 2014: 18(10), 774-780.
4. Merlo Longhi, M. E. Porteo. Medicina naturista.2014: 8(2), 37-40
5. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, et all. Effect of Mother/Infant Skin-toSkin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(4):5

## Capítulo 242

# MASAJE PERINEAL. EFICACIA Y APLICACIÓN EN FISIOTERAPIA.

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

PILAR VERA MUÑOZ

RAQUEL BRAZAL ARAGON

MARÍA TERESA MARTÍN -SERRANO MADRID

EVA NOEMÍ VIZCAYA TURPÍN

## 1 Introducción

El masaje perineal es una técnica que se utiliza para aumentar la elasticidad del suelo pélvico y, así, prepararlo para el momento del parto. Mediante esta técnica se consigue normalizar las tensiones musculares y fasciales, consiguiendo así la vascularización y elasticidad de los tejidos vaginales.
El objetivo del masaje perineal, al conseguir elastificar los tejidos del suelo pélvico, es reducir la gravedad del desgarro durante el parto y el dolor pélvico, pero en ningún caso disminuye la incidencia de la episiotomía, pues esta es una intervención que decide el facultativo especialista en función de las condiciones en las que se está desarrollando el parto.
Es una técnica bien tolerada y aceptada, además, es fácil y sencilla de aplicar, por lo tanto, se debe informar a las gestantes sobre su adecuado uso y se debe aconsejar a todas ellas, exceptuando si hay algún tipo de contraindicación, ya que cuenta con una buena evidencia científica.

El personal sanitario formado en esta técnica son los fisioterapeutas, y serán los que la apliquen, expliquen a la paciente y divulguen su uso. También, las matronas tienen amplios conocimientos sobre período obstétrico, de tal manera que ocupan un lugar muy importante en la explicación y divulgación de esta técnica.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de aplicar masaje perineal en la consulta de fisioterapia para la prevención del desgarro muscular en el parto y la reducción de las tensiones en posibles disfunciones del suelo pélvico.

## 3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se lleva a cabo un proceso de investigación a través de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 revisión se encuentran varios beneficios que aporta el masaje perineal como son la mejora de la elasticidad de los tejidos, aumenta la vascularización de la zona al aumentar el riego sanguíneo y el oxígeno en la zona lo que prepara y mejora la cicatrización y también, ayuda a la propiocepción, es decir, facilita el reconocimiento del suelo pélvico, lo que es muy importante para mejorar la sexualidad y para reconocer tanto lo normal como la disfunción de esta zona, que a veces está olvidada.
Para la aplicación de masaje perineal se utiliza un lubricante de base acuosa. El fisioterapeuta de manera bidigital introducirá sus dedos de manera que llegue a la musculatura superficial y profunda de manera interna y también se llevará a cabo de manera externa. Es importante evitar manipular el meato urinario para prevenir sepsis y no se debe masajear el periné si presenta lesiones activas tipo herpes. Entre las maniobras a aplicar, se puede comenzar de manera externa a través de deslizamientos en el núcleo fibroso central, masaje por todo el pubis en forma de círculos y en glúteos. Y de manera interna se trabaja la musculatura

profunda con fricciones transversas y estiramientos, llevando a cabo un deslizamiento en forma de media "U" a un lado y otro, de "U" completa y de tracciones. También, se trabaja la musculatura superficial llevando a cabo una presa en pinza y se hace un rodamiento de dicha musculatura. Estará indicado y con buenos resultados en pacientes con dolor pélvico crónico, en hipertonías del suelo pélvico y en mujeres gestantes a partir de la semana 32-
34, durante un máximo de 5-10 minutos, siendo seguro tanto para la madre como para el feto y debe ser bien tolerado por la mujer.

## 5 Discusión-Conclusión

Durante mucho tiempo ha habido controversia en cuanto a la utilización del masaje perineal en la etapa gestacional, pero los últimos estudios avalan su utilización, ya que reduce la tensión muscular y mejora la elasticidad de la zona perineal, reduciendo el traumatismo perineal en la mujer embarazada, de la misma manera mejora síntomas como el dolor pélvico o dolor en las relaciones sexuales. Pero no hay diferencias significativas en la incidencia de partos instrumentados, incontinencia en el postparto o satisfacción en las relaciones sexuales.
Por tanto, es fundamental la figura del fisioterapeuta para realizar el masaje perineal para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico que pueden aparecer a lo largo de la vida de la mujer, como en la prevención de lesiones perineales en la etapa gestacional.

## 6 Bibliografía

1. Dieb, A.S, Shoab, A Y, Nabil, H. et al Perineal massage an training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. Int Urogynecol J 2020;31: 613-619
2. Indrayani T, Tuasika N. Based on the research that was conducted, it obtained result that there was Effect of Perineal Massage on Perineum Tear Case on Primigravida Pregnant Mothers in Their Third Trimester in Public Health Service Care of Morokay 2018. STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan. Nov 2020; 9 (2):588-592
3. Abdelhakim, A. M, Eldesouky, E. Elmagd, LA. El al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perinel trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomizez controlled trials. Int Urogynecol J. 2020; 31: 1735-1745
4. Álvarez-González M, Leirós-Rodríguez R, Álvarez-Barrio L, López-Rodríguez AF. Prevalence of Perineal Tear Peripartum after Two Antepartum Perineal

Massage Techniques: A Non-Randomised Controlled Trial. Journal of Clinical Medicine. 2021; 10(21):4934.
5. Moreno Sánchez V, Moreno Rutia E. Masaje perineal antenatal con aceite de rosa mosqueta para prevenir desgarros en el parto. Nure Inv. Mayo 2016.. 13(83)
6. Schantz C. Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics. Gynecologie, Obstetrique, Fertilite & Senologie. 2018 Dec;46(12):922-927.
7. Seechusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. Am Fam Physician. 2014;89(5):335-6.

## Capítulo 243

# DOCUMENTACIÓN RELEVANTE PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

NOEMI SABIDO GARCÍA

## 1 Introducción

Cualquier tarea o trabajo genera y maneja determinada información. La que no es importante se tira, pero la que se presenta como necesaria, se guarda. En el ámbito de la sanidad, es fundamental el buen uso y archivo de la información, por lo que se registra en un medio o soporte determinado. Así, la documentación no es otra cosa que la suma de ambos conceptos: el conjunto de información registrada en un soporte determinado (desde el papel, que es el más habitual, hasta discos duros informáticos).

La documentación sanitaria es imprescindible para garantizar una atención de calidad y parte de ella puede ser legalmente exigible.

Existen dos tipos de documentación sanitaria: la clínica y la no clínica. Aunque no sea en su soporte original, los centros sanitarios están obligados por ley a guardar

las historias clínicas de sus pacientes con el fin de dar una buena asistencia. Como mínimo, debe conservarse la documentación cinco años desde la fecha de alta del proceso asistencial.
En las consultas pequeñas, o en los casos de profesionales sanitarios que trabajan de forma individual, es responsabilidad de la dirección del centro o de los propios profesionales el funcionamiento y la estructuración del archivo clínico, así como garantizar la seguridad de unos datos que deben ser confidenciales.
En los hospitales, el archivo depende del servicio de admisión y documentación clínica. Allí se guardan todas las historias clínicas. Cada una de ellas es una carpeta en la que la documentación está ordenada cronológicamente y por episodios asistenciales.

## 2 Objetivos

Repasar la documentación sanitaria que debe reconocer un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ya que a lo largo de su vida laboral trabajará con esta documentación.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

LA HISTORIA CLÍNICA
La historia clínica de un paciente es el conjunto de documentos que se va generando cada vez que el paciente accede al sistema sanitario, bien al centro de salud o bien a un hospital…
En estos documentos se recogen sus patologías, los tratamientos que recibe y todo lo relacionado con sus enfermedades.
Como principales características de la historia clínica podemos decir que es única, ya que cada paciente tiene la historia clínica personal e intransferible, se archiva

de forma segura, y de manera que se pueda acceder fácilmente a ella sin riesgo a perderla total o parcialmente, es privada y confidencial.
Otros documentos relativos a la historia clínica y estadística son: La autorización del ingreso, informes de urgencias, análisis y exploración física, evolución, órdenes médicas, hojas de interconsulta, hojas de exploraciones complementarias, consentimiento informado, informe de anestesia, conforme de quirófano o de registro de parto, informe de anatomía patológica.
DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA.
Existen un tipo de documentos que formalizan los profesionales de enfermería y reflejan la asistencia prestada por los enfermeros y los técnicos auxiliares de cuidados en enfermería, los más importantes son: Valoración de enfermería, planificación de las curas de enfermería y la hoja de evolución de enfermería (que contiene el diagnóstico de enfermería, el plan de curas, la respuesta a ella y las incidencias observadas), aplicación terapéutica de enfermería donde encontramos los datos del enfermo, administración de medicamentos y las incidencias, la gráfica de constantes donde se registran los datos útiles para controlar la evolución, como las constantes vitales que se registran tres veces al día.
El informe de enfermería en el alta recoge la valoración de necesidades donde se explican las actuaciones realizadas desde enfermería y las curas que necesita el paciente al abandonar el hospital.
DOCUMENTACIÓN NO SANITARIA.
Como técnicos el cuidado auxiliares de enfermería también debemos reconocer la documentación no sanitaria, estos documentos se clasifican en documentación intrahospitalaria, extrahospitalaria e Intercentros.
En la documentación extra hospitalaria podemos nombrar algunos documentos más relevantes como los de petición y recepción de material, documentos de envío de petición de material al servicio de esterilización, petición al servicio de farmacia, la hoja de planificación de dietas, hoja de petición de ropa a lencería, plantillas de turnos…
La documentación extrahospitalaria es una hoja de reclamaciones o sugerencias por ejemplo, la tarjeta sanitaria individual, una receta médica, un justificante de visita médica, un parte de incapacidad temporal, petición de transporte sanitario…
Como técnicos auxiliares en la enfermería rellenaremos muchos de estos documentos a lo largo de nuestra vida laboral, ya que sirven para comunicarnos con otras áreas de los centros sanitarios y en general de forma organizativa para que todo sea más eficiente.

## 5 Discusión-Conclusión

El sistema sanitario se organiza para ser lo más eficiente posible, la documentación hace posible un registro, intercambio de datos, peticiones e incluso recogidas de sugerencias o quejas por parte de los usuarios del sistema sanitario. Como hemos visto hay diferentes tipos de documentos, los documentos referentes al paciente de forma personal, como sería la historia clínica, también tenemos los documentos que hacen posible una gestión entre el sistema de salud y el exterior, como serían las recetas o las tarjetas sanitarias de los pacientes…
Y por último, estaría la documentación en la que podemos comunicarnos entre áreas del centro sanitario.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 244

# EL CONOCIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE ICTUS

DIANA LAGUNA CANO

MARIA EUGENIA SERRANO SANCHEZ

ENCARNACION PALOMARES REBOLLERO

LARA PALOMARES REBOLLERO

NOEMI SABIDO GARCÍA

## 1 Introducción

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que se produce por la disminución del flujo sanguíneo. La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno dejando de funcionar. Al ictus también se le conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV), embolia o trombosis. El ictus es el equivalente a un infarto de corazón, pero en el cerebro.
Esta enfermedad es más frecuente a partir de los 55 años, aunque se puede producir a cualquier edad, su riesgo aumenta proporcionalmente con la edad.
Además de la edad, existen otras causas de riesgo como tener una presión sanguínea elevada, consumo de tabaco, padecer diabetes, sufrir una enfermedad

cardíaca, estación del año y clima, glóbulos rojos altos, consumo de alcohol y drogas.
Los principales síntomas del ictus son la pérdida de fuerza o sensibilidad, hormigueo o debilidad en la cara, brazo y pierna de un lado de la cara, alteración del habla y dolor fuerte de cabeza.
Estudios realizados por neurólogos, demuestran que en un futuro, los casos de ictus aumentarán considerablemente dejando a dos de cada tres personas que lo padezcan, con graves secuelas en su salud impidiéndoles poder realizar las tareas más básicas en su día a día.

## 2 Objetivos

Indicar y explicar los conocimientos que debe tener el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con el ictus.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las primeras seis horas desde que se producen los primeros síntomas del ictus, resultan fundamentales para reducir las complicaciones en un 25%-30%.
El paciente puede llegar por su propio pie o bien en ambulancia al servicio de urgencias. La primera consulta por la que pasa el paciente es el triaje donde un enfermero/a se encarga de ello. Hay una escala que se aplica a este tipo de pacientes, come es la escala de Cincinnati, que se usa en el servicio de urgencias.
Se fijan en síntomas que tiene el paciente como la asimetría facial, se le pide al paciente que sonría o que enseñe los dientes y se valora la presencia o no de asimetría. Otra parte de esta escala que es también para la detección precoz del ictus, se trata de valorar la fuerza que tiene el paciente en sus extremidades superiores, pidiéndole al paciente que cierre los ojos y eleve los brazos a la altura del tórax más o menos durante 10 segundos y ahí se ve si mantiene los brazos

de forma simétrica o si tiende a disminuir la altura de un brazo. Y por último, también muy importante es fijarse en el habla, donde se le hacen unas preguntas sencillas para comunicarnos con el paciente y se valora el arrastre de palabras o el babeo. Si cualquiera de estos síntomas da positivo, sería un posible ictus y se tendrá que avisar inmediatamente al neurólogo. Después de pasar por el triaje, la idea es que en muy poco tiempo, se tenga al paciente encauzado, resuelto y con la prueba del scanner hecha, para que se le puede iniciar cuanto antes el tratamiento intravenoso.

Un equipo de enfermería entrenado en casos de ictus, es una medida con un nivel de evidencia fortísimo de que el paciente va a evolucionar mejor que si te atiende un equipo de enfermería que no está entrenado específicamente para manejar pacientes con ictus.

En las unidades de hospitalización de ictus, que se encuentran dentro de la planta de neurología, un auxiliar y un enfermero/a están las 24 horas vigilando las constantes vitales y su estado de salud para que si se produce una complicación, se avise de inmediato al neurólogo.

Las habitaciones para casos de ictus son limitadas y cuentan todas con monitores, cámaras de videovigilancia y colchones anti escaras para prevenir la aparición de úlceras por presión.

El equipo en estas unidades en multidisciplinar, donde se cuenta con enfermería, auxiliares, neurólogos, trabajadores sociales, rehabilitador y fisioterapeuta, todos ellos unidos a la hora de trabajar, si no hay unión entre ellos no se hace nada.

El TCAE siempre debe estar pendiente de los monitores, hacerles cambios posturales, hidratarlos con ácidos grasos hiperoxigenados, recordarle los ejercicios que el fisioterapeuta le manda hacer mientras esté encamado, ayudarle a hacer dichos ejercicios, así coma a comer y a asearse, animándolo poco a poco a que lo vaya realizando el solo.

El ictus es una de las principales causas de invalidez por las secuelas que pueda dejar y también una de las principales causas de muerte. Es muy importante actuar con rapidez para que así se puedan recuperar las funciones cerebrales.

Los enfermeros/as y TCAEs deben estar altamente cualificados para desempeñar sus funciones en las unidades de ictus. Para todos estos profesionales ver la mejoría en los pacientes cuando ese ictus se detecta a tiempo, es muy gratificante, sobre todo cuando muchos salen por su propio pie y hablando, es porque el trabajo se ha hecho bien.

## 5 Discusión-Conclusión

La motivación del paciente después de haber sufrido un ictus es muy importante porque puede tener los factores físicos, cognitivos y sociales imprescindibles para trabajar, pero si no hay motivación y no quiere, el es el que tiene que trabajar.
La familia y/o cuidadores son vitales, porque hay veces que donde no llega el enfermo, tiene que llegar un poco la familia o el cuidador, y que se ayuden mutuamente.
La rehabilitación no es solo recuperar lo que se ha perdido, tiene muchas partes, muchos componentes. Readaptarse a la vida diaria que viene después es igual de importante que recuperar un brazo que no se puede mover o que recuperar la memoria que está un poco alterada. Muchas veces no somos conscientes de que poder andar ,poder desplazarnos, es un auténtico privilegio.
Todos deberíamos conocer los principales síntomas y reaccionar a tiempo.

## 6 Bibliografía

1. https//www.cun.es/enfermedades-tratamientos.

## Capítulo 245

# EL PAPEL DE UN CELADOR EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

M DEL CARMEN RICO CASTILLA

ROBERTO REDONDO JIMÉNEZ

ANTONIO JESÚS VALLEJO VILLANUEVA

ANTONIA DE LA CONCEPCIÓN JIMÉNEZ

PEDRO ANTONIO ACOSTA DENIA

## 1 Introducción

El celador colabora con otros profesionales, como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc., en consultas externas realizando funciones de apoyo. Además de sus funciones regulares, como abrir y cerrar las instalaciones, también tiene la responsabilidad adicional de mantener el orden y asegurarse de que los pacientes y sus invitados sigan las reglas del centro.
Los servicios del celador podrán ser requeridos en las siguientes áreas:
1. Área asistencial: Para que el personal médico pueda desempeñar correctamente sus funciones, debe traer a la consulta tanto los dispositivos necesarios como el historial médico de los pacientes (o cualquier otra documentación solicitada). Cuando un paciente necesita asistencia, debe trasladarlo a la cita, ayudarlo a vestirse y desvestirse, y ayudarlo a subir y bajar de la mesa de examen. Los profesionales de la salud también deben asistir en todas sus necesidades.

2. Responsabilidad organizativa: El celador es el encargado de asegurarse de que el personal médico tenga acceso a los registros de los pacientes programados para ese día.
3. Puesta a punto de la consulta: Es importante revisar los términos de la consulta tanto antes de comenzar el trabajo del día como después de que finalice. Debe ser examinado: a) La lencería: De la camilla, debe trasladar la ropa sucia a lavandería. b) Instrumental de exploraciones: Cualquier equipo utilizado que necesite ser esterilizado debe hacerlo antes de ser reemplazado en la consulta. c) Verificar que haya volantes de peticiones, recetas, etc. en el carro de curas.

## 2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el área de consultas externas de un hospital.
- Saber cómo se organiza el área de consultas externas del hospital.

## 3 Metodología

Los datos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido tras una revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Académico introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

## 4 Resultados

Las funciones del celador en las consultas externas del hospital incluyen:
1. Cuidar el orden de las dependencias: Es el encargado de que el área de consulta externa esté en buen estado.
2. Asegurarse de que los pacientes y sus familiares actúen adecuadamente y no molesten a los demás usuarios.
3. Informar al publico: Se debe proporcionar a los usuarios la información que necesitan, incluyendo la fecha, hora y lugar de las consultas.
4. Trasladar: a) Las historias clínicas de los pacientes que acuden a consulta ese día, junto con el resto de documentación solicitada, se incluyen en el apartado de la documentación. b) Dispositivos: debe traer todo el equipo necesario para que el personal médico lo use durante las consultas. c) Objetos: Transferirá todos los objetos requeridos por las consultas.

5. Los pacientes deberán ser trasladados cuando requieran asistencia a las consultas.
6. Cuando los pacientes no puedan hacerlo por sí mismos, los celadores deben ayudarlos a prepararse, subir y bajar de la mesa de examen y realizar todas las demás tareas necesarias.
7. Asistir al personal médico en la realización de intervenciones o tratamientos menores cuando lo soliciten.
8. Deben prestar ayuda al personal técnico especialista para la realización de placas con material portátil.
9. Puesta a punto de la consulta: debe asegurarse de que las consultas estén equipadas con todas las herramientas necesarias, incluido un carro de curas, talonarios de recetas, volantes, ropa limpia para la camilla y equipo.
10. Reemplazar el material esterilizado por uno nuevo.
11. Se asegurará de que los registros médicos estén bien organizados y en el orden correcto, ahorrando tiempo al personal médico durante las búsquedas.
12. El resto de las funciones generales de los celadores incluyen abrir y cerrar el edificio, alertar a sus superiores de cualquier daño.

## 5 Discusión-Conclusión

Después de observar todas las tareas que realizan los celadores en el área de consultas externas, podemos concluir que su trabajo es fundamental para el funcionamiento eficiente del servicio. Es necesario para que el paciente pueda acceder a la consulta y recibir la asistencia que requiere, así como para que las consultas hospitalarias estén en buen estado y contengan todo el material necesario para su correcto funcionamiento, sin olvidar las tareas de apoyo a los demás. miembros del personal que trabaja en el área de consultas externas del hospital. Para que el servicio funcione correctamente, el trabajo del celador en esta zona debe estar coordinado con el trabajo del resto del personal.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales/.
2. www.revistamedica.com.

## Capítulo 246

# FUNCIONALIDAD TRAS LA CIRUGÍA DE HOMBRO

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

## 1 Introducción

La cirugía de hombro es un procedimiento común para abordar una variedad de problemas, como lesiones del manguito de los rotadores, luxaciones o fracturas. Después de la cirugía, la fisioterapia desempeña un papel esencial en la restauración de la funcionalidad completa del hombro.

Inicialmente, el enfoque principal de la fisioterapia es controlar el dolor y reducir la inflamación. Esto se logra mediante técnicas de terapia manual, aplicación de hielo y, en algunos casos, medicamentos recetados. Una vez que se controla el dolor, se inicia el proceso de rehabilitación.

En las primeras etapas, se trabajará en la recuperación de la movilidad pasiva del hombro. Esto implica ejercicios suaves de estiramiento y movilización de la articulación. A medida que el paciente progresa, se incorporan ejercicios activos para fortalecer los músculos alrededor del hombro. Estos ejercicios se adaptan a las necesidades individuales y al tipo de cirugía realizada.

La fisioterapia también incluye la educación del paciente sobre la biomecánica adecuada del hombro y la prevención de futuras lesiones. Se le enseñará al paciente cómo realizar movimientos seguros en la vida diaria y cómo evitar actividades que puedan comprometer la recuperación.

La fisioterapia después de la cirugía de hombro es esencial para restaurar la funcionalidad. A través de un enfoque gradual que incluye control del dolor, recuperación de la movilidad y fortalecimiento muscular, los fisioterapeutas ayudan a los pacientes a recuperar la capacidad de realizar actividades cotidianas y deportivas con comodidad y confianza.

## 2 Objetivos

Conocer el papel del fisioterapeuta tras la cirugía de hombro.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La fisioterapia desempeña un papel fundamental en la recuperación de la movilidad y funcionalidad después de una cirugía de hombro. Esta intervención terapéutica es esencial para ayudar a los pacientes a recuperar la fuerza, la amplitud de movimiento y la funcionalidad de la articulación del hombro, mejorando así su calidad de vida y su capacidad para realizar actividades diarias.

En las etapas iniciales después de la cirugía, el fisioterapeuta trabaja en la reducción del dolor y la inflamación mediante técnicas como la terapia manual y la aplicación de modalidades terapéuticas, como el hielo. A medida que el paciente progresa, se enfoca en mejorar la movilidad pasiva del hombro, realizando ejercicios suaves de estiramiento y movilización articular controlada.

Con el tiempo, se inicia la rehabilitación activa, que incluye ejercicios específicos para fortalecer los músculos que rodean la articulación del hombro. Estos ejercicios se adaptan al tipo de cirugía realizada y al nivel de condición física del paciente. El fisioterapeuta supervisa el progreso y ajusta el programa de ejercicios según sea necesario.

Además de los ejercicios, la fisioterapia también se centra en mejorar la postura y la biomecánica del hombro para prevenir futuras lesiones y maximizar la funcionalidad a largo plazo. La educación del paciente es una parte integral del proceso, ya que se enseña al individuo cómo cuidar su hombro en su vida diaria y evitar movimientos o actividades que puedan ser perjudiciales.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia después de una cirugía de hombro es esencial para la recuperación completa de la movilidad y funcionalidad. A través de la combinación de terapia manual, ejercicios específicos y educación del paciente, los fisioterapeutas desempeñan un papel crucial en el proceso de rehabilitación, ayudando a los pacientes a volver a una vida activa y libre de dolor.

## 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 247

# VENDAJES FUNCIONALES TERAPÉUTICOS EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA

GLORIA OTERO CORTIJO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

## 1 Introducción

Los vendajes funcionales terapéuticos desempeñan un papel significativo en la práctica deportiva al proporcionar soporte y estabilidad a las articulaciones, reducir el riesgo de lesiones y facilitar la recuperación. Estos vendajes son comunes en deportes donde la movilidad y la fuerza de una articulación son cruciales, como el fútbol, el baloncesto y el voleibol.

Un uso común de los vendajes funcionales es prevenir lesiones, especialmente en áreas propensas a torceduras o esguinces, como el tobillo o la rodilla. Estos vendajes ofrecen compresión y apoyo, lo que puede reducir la probabilidad de movimientos bruscos y lesiones.

Además, los vendajes funcionales pueden ser parte integral de la rehabilitación. Después de una lesión, como un esguince de tobillo, el vendaje puede ayudar

a mantener la estabilidad y prevenir recaídas mientras la articulación se recupera. También proporcionan retroalimentación sensorial, ayudando a los atletas a mantener una postura y movimiento adecuados durante la recuperación.

Es importante destacar que el uso de vendajes funcionales debe ser supervisado por un profesional de la salud, como un fisioterapeuta o un médico deportivo, para asegurar que se apliquen correctamente y se utilicen de manera efectiva. Además, no deben ser una solución permanente, sino una medida temporal para ayudar en la recuperación o prevenir lesiones mientras se trabaja en la fuerza y la estabilidad a largo plazo de la articulación.

Los vendajes funcionales terapéuticos son una herramienta valiosa en la práctica deportiva para prevenir lesiones y facilitar la recuperación después de una lesión. Sin embargo, su uso debe ser guiado por profesionales de la salud y considerarse como parte de un enfoque integral de cuidado y entrenamiento deportivo.

## 2 Objetivos

Exponer las principales funciones del fisioterapeuta en la aplicación y gestión de vendajes funcionales terapéuticos en la práctica deportiva.

## 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 fisioterapeuta desempeña un papel esencial en la aplicación y gestión de vendajes funcionales terapéuticos en la práctica deportiva. Sus funciones abarcan desde la evaluación inicial hasta la educación y seguimiento del atleta. Aquí se describen algunas de las principales funciones del fisioterapeuta en este contexto:

- Evaluación inicial: El proceso comienza con una evaluación exhaustiva de la condición del atleta y la lesión existente o la vulnerabilidad a lesiones recurrentes.

El fisioterapeuta evalúa la movilidad, la fuerza, la estabilidad y la función de la articulación o área afectada.

- Diseño del plan de tratamiento: Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta desarrolla un plan de tratamiento personalizado. Esto incluye la decisión de si se requiere un vendaje funcional y, en caso afirmativo, qué tipo de vendaje y técnica serían más apropiados.

- Aplicación del vendaje: El fisioterapeuta tiene experiencia en la correcta aplicación del vendaje funcional. Asegura que el vendaje proporcione el nivel adecuado de soporte y estabilidad sin restringir innecesariamente el movimiento.

- Educación al paciente: Una parte crucial de la función del fisioterapeuta es educar al atleta sobre el propósito del vendaje y cómo cuidar de él. Esto incluye instrucciones sobre cómo mantener la higiene, cuándo y cómo realizar ajustes y cuánto tiempo se debe usar el vendaje.

- Supervisión y ajustes: El fisioterapeuta monitorea el progreso del atleta mientras usa el vendaje funcional. Si es necesario, realiza ajustes para garantizar su efectividad y comodidad.

- Rehabilitación complementaria: En muchos casos, el uso de vendajes funcionales se combina con ejercicios de rehabilitación específicos para fortalecer la musculatura y mejorar la estabilidad de la articulación. El fisioterapeuta guía al atleta en estos ejercicios.

- Evaluación continua: A medida que el atleta avanza en su recuperación, el fisioterapeuta realiza evaluaciones periódicas para determinar cuándo es apropiado retirar o reducir el uso del vendaje funcional.

- Prevención de lesiones recurrentes: Además de tratar lesiones existentes, el fisioterapeuta trabaja en la prevención de futuras lesiones. Esto puede implicar la recomendación de vendajes preventivos en atletas con historiales de lesiones recurrentes.

El fisioterapeuta es un componente esencial en la aplicación de vendajes funcionales terapéuticos en la práctica deportiva. Su experiencia en evaluación, aplicación, educación y rehabilitación es fundamental para garantizar un uso efectivo y seguro de estos vendajes y para ayudar a los atletas a recuperarse y prevenir lesiones.

## 5 Discusión-Conclusión

La recomendación fundamental del fisioterapeuta en el proceso de vendajes funcionales terapéuticos en la práctica deportiva es que la aplicación y gestión de estos vendajes deben ser realizadas por profesionales de la salud capacitados. No se debe intentar aplicar un vendaje funcional sin supervisión adecuada, ya que un vendaje mal aplicado puede empeorar la lesión o causar molestias innecesarias.
Además, es importante seguir las instrucciones del fisioterapeuta sobre el tiempo de uso del vendaje. No lo utilices más de lo recomendado, puesto que un uso prolongado puede debilitar la musculatura y la articulación.
Finalmente, el vendaje funcional no es una solución definitiva. Debe ser parte de un plan de tratamiento más amplio que incluya rehabilitación, fortalecimiento muscular y técnicas de prevención de lesiones. El fisioterapeuta guiará al deportista en este proceso y determinará cuándo es apropiado reducir o eliminar el uso del vendaje en función de su recuperación y estabilidad articular.

## 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 248

# PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

GLORIA OTERO CORTIJO

## 1 Introducción

La prevención de lesiones en el ámbito laboral sanitario es de vital importancia debido a las demandas físicas y emocionales que enfrentan los profesionales de la salud. Estas son algunas medidas clave para prevenir lesiones en este entorno:

Ergonomía: La adecuada ergonomía en el lugar de trabajo es esencial. Esto implica garantizar que los equipos, muebles y herramientas estén configurados de manera que minimicen la tensión y el esfuerzo físico. Esto es particularmente importante al levantar o mover a pacientes.

Capacitación: Proporcionar capacitación regular sobre técnicas de manejo de pacientes y levantamiento seguro es esencial. Los profesionales de la salud deben aprender a utilizar dispositivos de asistencia, como grúas de paciente, para reducir la carga de trabajo física.

Descansos y rotación: Programar pausas regulares y permitir la rotación de tareas puede ayudar a prevenir lesiones por movimientos repetitivos. Los trabajadores de la salud a menudo realizan tareas repetitivas, como administrar medicamentos o tomar signos vitales, que pueden aumentar el riesgo de lesiones.

Formación de postura: Enseñar y promover una postura corporal adecuada mientras se trabaja es esencial. Esto incluye mantener la espalda recta, levantar con las piernas y no la espalda, y evitar posturas incómodas y forzadas.

Gestión del estrés: El estrés en el entorno laboral sanitario puede aumentar el riesgo de lesiones debido a la falta de concentración y fatiga. Fomentar estrategias de manejo del estrés, como descansos regulares y apoyo emocional, puede ser beneficioso.

Uso de equipo de protección personal (EPP): Asegurarse de que los trabajadores de la salud utilicen el EPP adecuado, como guantes, batas y mascarillas, es fundamental para prevenir lesiones por exposición a patógenos.

Comunicación: Fomentar una comunicación efectiva en el equipo de salud para coordinar las tareas y el manejo de pacientes puede reducir el estrés y mejorar la seguridad.

La prevención de lesiones en el ámbito laboral sanitario requiere un enfoque integral que incluye la ergonomía, la capacitación, la gestión del estrés y una atención constante a la seguridad. Estas medidas no solo protegen la salud de los trabajadores de la salud, sino que también contribuyen a una atención de calidad para los pacientes.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del fisioterapeuta en la prevención de lesiones en el ámbito laboral.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 fisioterapeuta en la prevención de lesiones en el ámbito laboral es crucial para garantizar la salud y el bienestar de los trabajadores. Los fisioterapeutas son expertos en el movimiento humano y pueden desempeñar un papel fundamental en la identificación y mitigación de riesgos de lesiones en el lugar de trabajo. Aquí se describen algunas de sus funciones clave:

Evaluación de riesgos ergonómicos: Los fisioterapeutas pueden realizar evaluaciones ergonómicas en el lugar de trabajo para identificar factores que puedan contribuir a lesiones, como posturas inadecuadas, movimientos repetitivos o levantamiento incorrecto de cargas. Estas evaluaciones permiten diseñar entornos de trabajo más seguros.

Diseño de programas de capacitación: Los fisioterapeutas pueden colaborar con los empleadores para desarrollar programas de capacitación sobre ergonomía y seguridad en el trabajo. Estos programas educan a los trabajadores sobre las mejores prácticas para prevenir lesiones y fomentan una cultura de seguridad.

Evaluación de la postura y técnicas de trabajo: Los fisioterapeutas pueden observar y evaluar la postura y las técnicas de trabajo de los empleados en su entorno laboral. Ofrecen retroalimentación sobre cómo mejorar la ergonomía y reducir el riesgo de lesiones.

Recomendaciones para ajustes en el lugar de trabajo: Basándose en su experiencia, los fisioterapeutas pueden hacer recomendaciones específicas para modificar el entorno laboral, como la altura de las sillas, escritorios o equipos, para mejorar la ergonomía y reducir el riesgo de lesiones.

Programas de ejercicios y acondicionamiento: Los fisioterapeutas pueden diseñar programas de ejercicios específicos para fortalecer los músculos, mejorar la resistencia y la flexibilidad de los trabajadores. Esto puede ayudar a prevenir lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo.

Tratamiento y rehabilitación: En caso de lesiones laborales, los fisioterapeutas desempeñan un papel vital en la rehabilitación de los trabajadores afectados. Utilizan técnicas terapéuticas para acelerar la recuperación y minimizar el tiempo de baja laboral.

Seguimiento y ajustes: Los fisioterapeutas realizan un seguimiento continuo de la salud musculoesquelética de los trabajadores y ajustan las estrategias de prevención según sea necesario.

Promoción de la salud en el trabajo: Los fisioterapeutas promueven la importancia del autocuidado y la adopción de hábitos de trabajo saludables, como tomar descansos regulares y mantener una postura adecuada.

El fisioterapeuta desempeña un papel multifacético en la prevención de lesiones en el ámbito laboral al identificar riesgos, educar a los trabajadores, promover la ergonomía y proporcionar tratamientos y estrategias de rehabilitación. Su experiencia contribuye a un entorno de trabajo más seguro y saludable para todos los empleados.

## 5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación del fisioterapeuta en el papel de la prevención de lesiones en el ámbito laboral es la conciencia y la adopción de hábitos ergonómicos. Los trabajadores deben ser conscientes de su postura y técnica de trabajo, evitando posturas forzadas o movimientos repetitivos. Además, es esencial tomar descansos breves y realizar estiramientos regulares para aliviar la tensión muscular.

La educación sobre ergonomía y la promoción de una cultura de seguridad son clave. Los trabajadores deben recibir capacitación sobre cómo configurar su lugar de trabajo de manera segura y utilizar equipo de protección personal cuando sea necesario. También es importante informar a los superiores sobre cualquier inquietud ergonómica para que se puedan realizar ajustes adecuados en el entorno laboral.

La prevención de lesiones en el ámbito laboral se basa en la conciencia, la educación y la adopción de prácticas ergonómicas. La colaboración con el fisioterapeuta y la adhesión a las recomendaciones de seguridad contribuyen significativamente a la salud y el bienestar de los trabajadores.

## 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 249

# INMOVILIZACIONES: EL VENDAJE FUNCIONAL COMO ACTUACIÓN DE URGENCIA EN EL ESGUINCE DE TOBILLO

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

## 1 Introducción

Un esguince es una distensión o estiramiento excesivo de los ligamentos que forman una articulación. En función de la gravedad se pueden distinguir varios tipos:

- Leve o Grado 1: se trata de una distensión de los ligamentos sin rotura macroscópica. No aparece inestabilidad ni alteraciones de la funcionalidad. Presenta leve edema y dolor a la movilización.
- Moderado o Grado 2: existe rotura parcial del ligamento. Aparece inestabilidad y pérdida moderada de la movilidad. Presenta edema, dolor y dificultad para cargar y deambular.
- Severo o Grado 3: la rotura del ligamento es completa. Presenta gran edema, dolor intenso también en reposo, inestabilidad total e impotencia funcional.

La realización de un diagnóstico rápido y correcto permite aplicar en cada caso el tratamiento más adecuado para así evitar las complicaciones más frecuentes

como las recidivas, la inestabilidad crónica, las úlceras por presión, síndrome compartimental, lesiones nerviosas, artritis o atrofia muscular.
El esguince de tobillo es el más frecuente y supone el 25 % de las urgencias por lesiones musculoesqueléticas. El más habitual se produce por la combinación de los movimientos de inversión, abducción y flexión plantar del pie; siendo los ligamentos laterales externos del tobillo los más afectados en este tipo de lesión. Se estima que un 40% de los casos desarrollan las complicaciones mencionadas anteriormente después de sufrir un esguince de tobillo. Esto provoca un importante aumento tanto en las bajas laborales como en los costes sanitarios, por lo que es esencial realizar un correcto diagnóstico y tratamiento para cada tipo de esguince de tobillo.
El vendaje funcional es una medida de tratamiento cuyo objetivo es eliminar o disminuir la tensión generada por los tejidos lesionados para evitar el agravamiento de estos, las recaídas y facilitar la cicatrización. Con este tipo de inmovilización se consigue un efecto antiálgico y de protección que permite la funcionalidad articular para evitar las complicaciones del inmovilismo. También se puede utilizar con carácter preventivo pero sus indicaciones principales son:
- Esguince leve y moderado
- Distensión muscular y rotura fibrilar parcial
- Tendinitis y tenosinovitis aguda

## 2 Objetivos

Con la elaboración de este capítulo nos planteamos los siguientes objetivos:
- Conocer las indicaciones del vendaje funcional para el tratamiento urgente del esguince de tobillo.
- Analizar la eficacia del vendaje funcional frente a otros tipos de inmovilización en el tratamiento agudo del esguince de tobillo.

## 3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de la bibliografía científica existente a través de la realización de búsquedas en las principales plataformas y bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Enfispo y Google académico. Se han seleccionado todos los artículos que contenían las palabras clave: “Functional bandage”, “Ankle sprain” y treatment. Para la estrategia de búsqueda estas palabras se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.

## 4 Resultados

En primer lugar, es importante distinguir los diferentes tipos de vendaje funcional que podemos realizar, en función de los materiales utilizados.
1. Técnica elástica o de contención: se realiza con vendas elásticas adhesivas o cohesivas. Limita únicamente el movimiento que produce dolor y está indicado en lesiones agudas con edema y en pacientes con insuficiencia del retorno venoso.
2. Técnica inelástica o de inmovilización: se realiza con tape. Anula el movimiento lesional. Se aplica cuando el paciente presenta un edema leve; contraindicado en moderado o grave.
3. Técnica combinada: se realiza utilizando ambos materiales para combinar el efecto de cada tira. Se aplica con mayor precisión e individualización de la lesión y la sintomatología.
Respecto a las indicaciones del vendaje funcional y su eficacia como primera opción en los esguinces de tobillo, existe consenso científico para determinar el tratamiento inicial del esguince de tobillo leve o grado 1. Este consiste en la aplicación de frío, reposo con elevación de la extremidad inferior afectada, antiinflamatorio si hay presencia de edema, analgésico y vendaje funcional de contención entre 2 a 5 días según clínica. Se recomienda la carga completa con el vendaje funcional para evitar las complicaciones musculares, articulares y funcionales.
Del mismo modo, existe consenso en la literatura científica para recomendar el tratamiento agudo del esguince de tobillo moderado o grado 2 basado en el método RICE (hielo, reposo, elevación y compresión) donde la compresión se realizará con vendaje funcional de inmovilización, si el edema es leve, o vendaje funcional mixto, si el edema es moderado o grave. La duración del vendaje se estima entre 5 a 7 días según sintomatología. Se recomienda carga parcial de la extremidad afectada durante las primeras 48 horas y carga total a partir de entonces. En este tipo de esguinces el tratamiento se acompaña de fármacos antiinflamatorios y analgésicos orales.
Sin embargo, aparecen controversias en la literatura científica, respecto al tratamiento más eficaz en los esguinces severos o de grado 3. Existen múltiples intervenciones quirúrgicas dependiendo del tipo de lesión, del ligamento o ligamentos afectados que tendrán un tiempo de reposo específico en cada caso para evitar las recaídas, la inestabilidad y las hemorragias. Pero pasado el periodo postquirúrgico inmediato se recomienda la utilización de vendajes funcionales elásticos, inelásticos y combinados en función del estado basal de la extremidad lesionada y la presencia de sintomatología. Con ello la evidencia científica muestra datos significativos en la profilaxis antitrombótica, la disminución de compli-

caciones neurológicas y musculoesqueléticas, prevención de recidivas y aumento de la funcionalidad.

## 5 Discusión-Conclusión

Los vendajes funcionales se basan en el principio de la movilidad temprana en ausencia de dolor para facilitar y acelerar la recuperación de la articulación afectada. Es una técnica de bajo coste que permite obtener resultados clínicos muy positivos en la recuperación de los esguinces de tobillo.
Diferentes ensayos clínicos ofrecen datos significativos del incremento de absentismo, baja laboral y coste sanitario que provocan las complicaciones de esta lesión, siendo los más relevantes las recidivas, las secuelas musculoesqueléticas y neurológicas. Por lo tanto, es importante dirigir las futuras investigaciones y las actualizaciones clínicas en urgencias y emergencias hacia el establecimiento del diagnóstico exhaustivo de cada tipo de esguince y su adecuado tratamiento en cada caso.

## 6 Bibliografía

1. Javier Martínez Gramage, Miguen Ángel Merino Ramírez, Juan Francisco Lisó Párraga. Efecto del kinesio Tape sobre la actividad electromiográfica de superficie del músculo gemelo externo durante la marcha en sujetos sanos. [Internet]. Universidad CEU- Cardenal Herrera de Valencia; 2012. Disponible en: http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/4134/1/Mart%C3%ADnezGramage,JavierTesis.pdf
2. Soledad Holgado Catalán, Celia García López. Taller de diagnóstico e inmovilización en patología traumática. [Internet]. 2013. Disponible en: http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-198-fichero/10_curso_Taller%20de%20diagnostico_holgado_catalan.pdf
3. Erwin Andrés Ramírez Gómez. Kinesio Taping – Vendaje neuromuscular.historia, técnicas y posibles aplicaciones. [Internet]. Instituto Universitario de Educación Física de Colombia; 2012.
4. Diana Elena Catalán, Mauricio Sierra, José Antonio Ceballos, Mario Enrique Rendón. Tratamiento de esguince de tobillo grado II en adultos laboralmente activos: Inmovilización contra vendaje funcional. Revista de Sanidad militar. vol.72 no.3-4 Ciudad de México 2018.
5. González Forte, Pilar. Inmovilización con yeso vs vendaje funcional en el esguince de tobillo. Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Enfermería

'Dr. Dacio Crespo'. 2017. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28515/TFG-L1840.pdf?sequence=1&isAllowed=y

## Capítulo 250

# EFECTOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN PUBALGIA: UNA REVISION SISTEMATICA

JUAN PARRA GIL

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

## 1 Introducción

La pubalgia o síndrome de dolor inguinal es un problema común para los atletas en varios deportes, y a menudo reduce la actividad de los jugadores cuando es crónico (1). De hecho, su incidencia anual en el fútbol del 10 al 18 por ciento continúa aumentando debido a muchos factores de riesgo, como cargas elevadas y recuperaciones cortas (2). A pesar de la alta prevalencia del dolor inguinal en los atletas, la causa del dolor inguinal puede ser difícil de dilucidar debido a la compleja anatomía local y al amplio diagnóstico diferencial (3). A lo largo de los años, se han asociado muchos nombres diferentes con esta lesión, como pubalgia atlética, hernia deportiva, síndrome de dolor inguinal púbico, ingle de deportistas, complejo de lesión inguinal de futbolistas, síndrome del jugador de hockey, hernia atlética y alteración inguinal (4).

A pesar de que la lesión inguinal y la pubalgia atlética se describen por separado, la lesión a menudo involucra ambas patologías y los síntomas pueden ser muy

similares. El dolor a menudo se describe como crónico, con sensibilidad puntual cerca de la inserción abdominal inferior, en el tubérculo púbico, y puede afectar también al origen del tendón del aductor largo (5).
La pubalgia afecta negativamente el rendimiento del atleta, provocando una ausencia prolongada o incluso un retiro prematuro de los deportes (6). Ellsworth et al. Describen la importancia de la fuerza, coordinación y estabilidad de la cadera así como la zona lumbopélvica, pero esto se basó en el tratamiento de un atleta de hockey sobre hielo. El tiempo de regreso a la competición varía en la literatura, oscilando entre 6 semanas y 6 meses para el cuidado conservador y entre 4 y 24 meses después de la operación (7). Entre el tratamiento conservador de fisioterapia encontramos: terapia manual, electroterapia, ejercicio terapéutico, masoterapia, cinesiterapia. El resultado del tratamiento conservador puede ayudar a evitar el quirófano e incluso ayudar a una recuperación eficaz en el postoperatorio.

## 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 pubalgia.

## 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 (”groin pain syndrome” or ”pubalgia” or ”symphysis syndrome”) and treatment). 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 pubalgia. El filtro de búsqueda se estableció en estudios que no superasen los diez años de antigüedad.

## 4 Resultados

El primer artículo analizado “The conservative treatment of longstanding adductor-related groin pain syndrome: a critical and systematic review” tras esta revisión sistemática se llegó a la conclusión que la literatura disponible sobre el

tratamiento conservador para el síndrome de dolor inguinal relacionado con los aductores de larga duración es limitada y se caracteriza por un bajo nivel de evidencia. Por lo tanto, nuestra recomendación es hacer referencia solo a los pocos estudios con mayor nivel de evidencia y al mismo tiempo fomentar más investigaciones en esta área. Las intervenciones que muestran mayor nivel de evidencia y mayor grado de recomendación son la terapia de compresión, la terapia manual y ejercicios de fortalecimiento y la proloterapia. Otras intervenciones terapéuticas, como la electrólisis percutánea intratisular y la radiofrecuencia en dosis pulsadas, parecen prometedoras, pero requieren más estudios para confirmar su eficacia (8).

En el segundo artículo analizado "ATHLETIC PUBALGIA AND ASSOCIATED REHABILITATION" se llega a la conclusión de que las habilidades de evaluación y diagnóstico adecuadas para identificar y especificar la diferencia entre pubalgia atlética y alteración inguinal permiten un plan de atención de rehabilitación excelente y eficiente. La progresión a través de las etapas de rehabilitación, ya sea no quirúrgica o posoperatoria, permite un programa de rehabilitación enfocado. A medida que se obtiene más información a través de imágenes por resonancia magnética y el diagnóstico y tratamiento de la alteración inguinal y la pubalgia atlética se vuelven cada vez más frecuentes, se justifica más investigación en este campo para mejorar la práctica basada en la evidencia y la rehabilitación de los pacientes (9).

En el tercer artículo analizado "Management of osteitis pubis in athletes: rehabilitation and return to training - a review of the most recent literatura" se llega la conclusión de que la evaluación y el tratamiento del dolor en la ingle son un desafío y un diagnóstico correcto es obligatorio para un manejo adecuado. Los tratamientos conservadores están indicados para estabilizar la pelvis y la sínfisis púbica. Para este propósito son eficaces los ejercicios de estabilidad del núcleo y los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de los músculos abdominales, aductores, flexores y extensores de la cadera. La cirugía está indicada para pacientes que no responden al tratamiento conservador. A pesar de estas consideraciones finales, hay que destacar que este estudio presenta algunas limitaciones obvias. En primer lugar, la población de estudio es limitada. En segundo lugar, este estudio pretende centrarse únicamente en la "osteítis púbica", que, sin embargo, es un nombre inapropiado para una variedad de patologías diferentes que frecuentemente se asocian con la osteítis púbica. En tercer lugar, esta revisión se refiere únicamente a la literatura más reciente de 2012 a 2018 y no cubre la literatura completa sobre este tema. Por lo tanto, dada la gran heterogeneidad de los estudios disponibles y las limitaciones de esta investigación antes mencionadas,

no se pudo realizar ningún metanálisis (10).
En el cuarto artículo "Return to sport after conservative versus surgical treatment for pubalgia in athletes: a systematic review" esta revisión destaca que los individuos sometidos a cirugía por pubalgia pueden regresar al deporte antes que aquellos que reciben tratamiento conservador. Sin embargo, se debe considerar un manejo conservador antes de indicar el tratamiento quirúrgico (11).
En el quinto artículo analizado "HIP AND PELVIC STABILITY AND GAIT RETRAINING IN THE MANAGEMENT OF ATHLETIC PUBALGIA AND HIP LABRAL PATHOLOGY IN A FEMALE RUNNER: A CASE REPORT" obtuvimos los siguientes resultados, al momento del alta, el sujeto demostró una mejora en la fuerza de todos los grupos musculares y cambios en la biomecánica de carrera de las extremidades inferiores. Los cambios en la mecánica de carrera incluyeron una mayor cadencia, una disminución de la caída pélvica, una disminución de las zancadas y un mejor control de la rodilla con menos movimiento en valgo durante la fase de postura de la marcha. El sujeto no informó dolor al correr o realizar actividades recreativas en el momento del alta y en el seguimiento a los 12 meses después del alta. Por lo tanto, la mayor parte de la literatura sobre rehabilitación conservadora para la pubalgia atlética se centra en atletas cuyos deportes requieren pivotar y patear. La literatura proporciona poca información sobre el análisis de la marcha y el reentrenamiento de corredores con un diagnóstico de pubalgia atlética y/o desgarros del labrum de la cadera. El programa utilizado en este informe de caso, que incluía reentrenamiento de la marcha y entrenamiento de estabilidad de cadera, pelvis y lumbar, permitió el regreso completo a la carrera en una mujer de 45 años con un diagnóstico de desgarro del labrum de la cadera y pubalgia atlética. Se necesita más investigación para discernir el mejor tratamiento conservador para los corredores con pubalgia atlética y/o desgarros del labrum de la cadera (12).

## 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 cumplían con los criterios de inclusión hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren pubalgia puede evitar el quirófano en muchos de los pacientes que sufren la patología en el pubis. Sin embargo, en pacientes con un estrado de gravedad alto, es casi necesario el paso por el quirófano para una vuelta más temprana a la competición deportiva o a su vida laboral. La fisioterapia o tratamiento conservador también ayuda a una recuperación eficaz en el

posoperatorio en pacientes que han sido intervenidos por patología de Pubis.

## 6 Bibliografía

1. Karlsson MK, Dahan R, Magnusson H, Nyquist F, Rosengren BE. Groin pain and soccer players: male versus female occurrence. J Sports Med Phys Fitness. 2014;54(4):487–93. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
2. Mosler AB, Weir A, Eirale C, Farooq A, Thorborg K, Whiteley RJ, Hölmich P, Crossley KM. Epidemiology of time loss groin injuries in a men's professional football league: a 2-year prospective study of 17 clubs and 606 players. Br J Sports Med. 2018;52(5):292–297.
3. Ekberg O, Persson NH, Abrahamsson PA, Westlin NE, Lilja B. Longstanding groin pain in athletes: a multidisciplinary approach. Sports Med. 1988;6:56-61.
4. Muschaweck U, Berger L. Minimal repair technique of sportsmen's groin: an innovative open-suture repair to treat chronic inguinal pain. Hernia. 2010;14:27-33
5. Woodward JS Parker A MacDonald RM Non-surgical treatment of a professional hockey player with the signs and symptoms of sports hernia: A case report. Int J Sports Phys Ther. 2012;7(1):85-100
6. Ramazzina I, Bernazzoli B, Braghieri V, Costantino C. Groin pain in athletes and non-interventional rehabilitative treatment: a systematic review. J Sports Med Phys Fitness. 2019;59:1001–1010. doi: 10.23736/S0022-4707.18.08879-5
7. Ellsworth AA Zoland MP Tyler TF. Athletic pubalgia and associated rehabilitation. Int J Sports Phys Ther. 2014;9(6):774-784.
8. Bisciotti GN, Chamari K, Cena E, Garcia GR, Vuckovic Z, Bisciotti A, Bisciotti A, Zini R, Corsini A, Volpi P. The conservative treatment of longstanding adductor-related groin pain syndrome: a critical and systematic review. Biol Sport. 2021 Mar;38(1):45-63. doi: 10.5114/biolsport.2020.97669. Epub 2020 Aug 5. PMID: 33795914; PMCID: PMC7996386.
9. Ellsworth AA, Zoland MP, Tyler TF. Athletic pubalgia and associated rehabilitation. Int J Sports Phys Ther. 2014 Nov;9(6):774-84. PMID: 25383246; PMCID: PMC4223287.
10. Via AG, Frizziero A, Finotti P, Oliva F, Randelli F, Maffulli N. Management of osteitis pubis in athletes: rehabilitation and return to training - a review of the most recent literature. Open Access J Sports Med. 2018 Dec 24;10:1-10. doi: 10.2147/OAJSM.S155077. PMID: 30613167; PMCID: PMC6307487.
11. Serafim TT, Oliveira ES, Migliorini F, Maffulli N, Okubo R. Return to sport after conservative versus surgical treatment for pubalgia in athletes: a systematic

review. J Orthop Surg Res. 2022 Nov 11;17(1):484. doi: 10.1186/s13018-022-03376-y. PMID: 36369155; PMCID: PMC9652835.
12. Moran MW, Rogowski KR. HIP AND PELVIC STABILITY AND GAIT RE-TRAINING IN THE MANAGEMENT OF ATHLETIC PUBALGIA AND HIP LABRAL PATHOLOGY IN A FEMALE RUNNER: A CASE REPORT. Int J Sports Phys Ther. 2020 Dec;15(6):1174-1183. doi: 10.26603/ijspt20201174. PMID: 33344033; PMCID: PMC7727419.

## Capítulo 251

# EL PAPEL DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE SUFREN MIGRAÑA

JUAN PARRA GIL

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

## 1 Introducción

El conocimiento actual sobre la fisiopatología de la migraña sugiere que la migraña es una enfermedad del sistema nervioso central asociada con inflamación neurovascular (1). Existe evidencia controvertida sobre la contribución de las estructuras periféricas, es decir, músculos y articulaciones, a la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas (2). El síntoma asociado con más frecuencia, que afecta a más del 70% de los pacientes con migraña y que a menudo predice un próximo ataque de migraña, es el dolor de cuello (3). Esto plantea la cuestión de si el dolor de cuello es un síntoma de migraña o si los músculos y las articulaciones de la zona cervical pueden influir, mantener o incluso desencadenar ataques de migraña (4).

Más del 70% de los pacientes con migraña presentan dolor de cuello y está relacionado con una respuesta reducida al tratamiento farmacológico (5). Independientemente del dolor de cuello, los pacientes con migraña pueden presentar una

presentación heterogénea de disfunciones músculo-esqueléticas cervicales, que pueden incluir un rendimiento reducido de los músculos cervicales profundos, una disminución de la resistencia cervical y alteraciones del rango de movimiento y la fuerza cervical (6).
El tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren migraña puede ser un tratamiento muy eficaz para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## 2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica los últimos avances de la fisioterapia y sus resultados en pacientes que sufren migraña.

## 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 (”migraine” and ”treatment” and “phyisiotherapy”). 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 condromalacia rotuliana. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los cinco años de antigüedad.

## 4 Resultados

En el primer artículo analizado “Musculoskeletal dysfunctions and physiotherapy treatment strategies in patients with migraine” esta línea de investigación demuestra que las disfunciones músculo-esqueléticas son prevalentes en pacientes con migraña. La provocación del dolor durante la palpación manual de la columna cervical superior puede ser relevante cuando se provoca dolor referido a la cabeza. Este subgrupo de pacientes podría beneficiarse del tratamiento de fisioterapia del cuello. Los datos preliminares de los estudios de tratamiento muestran que se puede lograr una pequeña reducción de los días de dolor de cabeza y migraña cuando se trata el cuello. La reducción de los días con migraña podría mejorarse al tratar la migraña como una enfermedad de dolor crónico y al agregar educación en neurociencia del dolor al tratamiento del cuello. La valoración y

tratamiento fisioterapéutico juega un papel en el manejo de la migraña. Es necesario evaluar más a fondo la eficacia de los diferentes enfoques de fisioterapia y la educación en neurociencia del dolor en ensayos controlados aleatorios (7).
En el segundo artículo analizado "Physiotherapy management of migraine pain: facial proprioceptive neuromuscular facilitation technique versus connective tissue massage" el estudio se realizó en 40 pacientes mujeres con diagnóstico de migraña crónica sin aura, confirmado por un neurólogo, y que tenían entre 18 y 65 años. Se dividieron aleatoriamente en 2 grupos. Se aplicaron técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva facial a los pacientes del grupo de estudio (Grupo 1) y se aplicó masaje de tejido conectivo a los pacientes del grupo de control (Grupo 2). Las intervenciones se realizaron 3 veces por semana durante aproximadamente 20 minutos. Las puntuaciones del umbral de dolor y dolor por presión se registraron el primer día de tratamiento antes de comenzar la sesión y se reevaluaron inmediatamente después del final de las 18 sesiones de tratamiento (6 semanas). Nuestros resultados sugieren que la facilitación neuromuscular propioceptiva facial no fue más efectiva que el masaje del tejido conectivo para el tratamiento de la migraña para el tamaño de muestra utilizado en el presente estudio. Ambos métodos se pueden utilizar en el tratamiento del dolor de migraña (8).

En el tercer artículo analizado "The efficacy of physical therapy and rehabilitation approaches in chronic migraine: a systematic review and meta-analysis" Esta revisión sistemática siguió las pautas de elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA) e incluyó ensayos controlados aleatorios (ECA) en adultos con CM. Los resultados primarios fueron cambios en la intensidad, frecuencia, duración del dolor de cabeza, discapacidad y calidad de vida. La calidad metodológica se evaluó mediante la escala Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Se realizaron síntesis de datos y análisis cuantitativos de los estudios relevantes. Un número limitado de ensayos clínicos que investigan la eficacia de la fisioterapia y los enfoques de rehabilitación son prometedores para mejorar los síntomas del dolor de cabeza, reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida. El metaanálisis de los datos también respaldó resultados favorables tanto para la intensidad como para los días de dolor de cabeza por mes. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor la eficacia, la duración óptima y la seguridad de los enfoques de fisioterapia y rehabilitación, y para explorar intervenciones alternativas (9).
En el cuarto artículo analizado "Myofascial trigger points therapy decreases myotonometric tone and stiffness of trapezius muscle, benefits headaches and muscle pain in migraine" Examinar los efectos de la terapia de compresión isquemica

sobre: (1) las propiedades mecánicas del músculo trapecio superior (UTM), (2) el dolor de los músculos de la cintura escapular y el cuello (SGN) y (3) las características de los dolores de cabeza en pacientes con migraña episódica. La terapia de compresión isquémica resultó en una disminución del tono y la rigidez del músculo trapecio superior, con un alivio simultáneo del dolor de los músculos de la cintura escapular y del cuello y los dolores de cabeza característicos en pacientes con migraña episódica (10).

## 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 cumplían con los criterios de inclusión, hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren migraña puede resultar un tratamiento muy eficaz para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida. Técnicas de fisioterapia como la presión isquémica, la facilitación neuromuscular o la masoterapia son técnicas con diferencias clínicas, sin embargo, sigue siendo una evidencia insuficiente para poder elaborar una guía clínica con rigor científico moderado. Por lo que es necesario la existencia de más ensayos clínicos, así como revisiones con metaanálisis para seguir analizando el efecto más efectivo de la fisioterapia en pacientes que sufren migraña.

## 6 Bibliografía

1. P.J. Goadsby, P.R. Holland An update: pathophysiology of migraine Neurol. Clin., 37 (4) (2019), pp. 651-671, 10.1016/j.ncl.2019.07.008.
2. M.M. Bragatto, D. BevilaquaGrossi, M.T. Benatto, S.S. Lodovichi, C.F. Pinheiro, G.F. Carvalho, F. Dach, C. Fernández-de-LasPeñas, L.L. Florencio Is the presence of neck pain associated with more severe clinical presentation in patients with migraine? A cross-sectional study Cephalalgia : Int J.Headache, 39 (12) (2019), pp. 1500-1508.
3. H.M. Al-Khazali, S. Younis, Z. Al Sayegh, S. Ashina, M. Ashina, H.W. Schytz Prevalence of neck pain in migraine: a systematic review and meta-analysis Cephalalgia : Int.J.Headache, 42 (7) (2022), pp. 663-673.
4. G. Özer, N. Benlier Neck pain: is it part of a migraine attack or a trigger before a migraine attack? Acta Neurol. Belg., 120 (2) (2020), pp. 289-293.
5. H.M. Al-Khazali, S. Younis, Z. AlSayegh, S. Ashina, M. Ashina, H.W. Schytz Prevalence of neck pain in migraine: a systematic review and meta-analysis

Cephalalgia, 42 (2022), pp. 663-673.
6. H.M. Al-Khazali, S. Younis, Z. Al Sayegh, S. Ashina, M. Ashina, H.W. Schytz, C. Fernández-De-Las-Peñas, D. Bevilaqua-Grossi Prevalence of neck pain in migraine: a systematic review and meta-analysis Cephalalgia, 42 (2022), pp. 663-673.
7. Luedtke K, Carvalho G, Szikszay T. Musculoskeletal dysfunctions and physiotherapy treatment strategies in patients with migraine. Musculoskelet Sci Pract. 2023 Aug;66:102805. doi: 10.1016/j.msksp.2023.102805. Epub 2023 Jun 14. PMID: 37331926.
8. Kurt A, Turhan B. Physiotherapy Management of Migraine Pain: Facial Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Technique Versus Connective Tissue Massage. J Craniofac Surg. 2022 Nov-Dec 01;33(8):2328-2332. doi: 10.1097/SCS.0000000000008638. Epub 2022 Mar 10. PMID: 35275874.
9. Onan D, Ekizoğlu E, Arıkan H, Taşdelen B, Özge A, Martelletti P. The Efficacy of Physical Therapy and Rehabilitation Approaches in Chronic Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Integr Neurosci. 2023 Aug 16;22(5):126. doi: 10.31083/j.jin2205126. PMID: 37735140.
10. Olesiejuk M, Marusiak J, Chalimoniuk M. Myofascial Trigger Points therapy decreases myotonometric tone and stiffness of trapezius muscle, benefits headaches and muscle pain in migraine. NeuroRehabilitation. 2023;52(2):299-310. doi: 10.3233/NRE-220237. PMID: 36641690.

## Capítulo 252

# LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

JUAN PARRA GIL

ANA EUGENIA VERA ORTEGA

VANESA JIMÉNEZ PULIDO

## 1 Introducción

La debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un problema frecuente que se desarrolla como un trastorno secundario mientras los pacientes padecen afecciones potencialmente mortales. De hecho, la etiología de esta disfunción neuromuscular es la enfermedad crítica y la estancia en la unidad de cuidados intensivos (1). Después de una estancia de 7 días en la UCI, algunos estudios han informado de una pérdida de masa muscular superior al 10 %, con un impacto negativo significativo en la funcionalidad (2). Según Fan et al., la prevalencia de debilidad entre los pacientes de UCI es del 43 % (3), y afecta principalmente a los músculos respiratorios y de las extremidades (4). Los fisioterapeutas también suelen ser los principales proveedores de terapias de ejercicio y rehabilitación (5). La movilización temprana y la rehabilitación en la UCI pueden mejorar los resultados de los pacientes y se han incorporado a las guías de práctica clínica internacionales y a los paquetes de atención recomendados (6). Aunque

se valora el papel de la fisioterapia en la UCI, los niveles de dotación de personal varían significativamente entre las UCI y, a menudo, son inferiores a los niveles recomendados o deseados (7).
La incorporación de la fisioterapia en la unidad de cuidados intensivos es ya una realidad. Realizamos una búsqueda bibliográfica por la literatura científica para analizar los beneficios que la fisioterapia puede aportar en el tratamiento de pacientes que están ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

## 2 Objetivos

Estudiar y analizar, a través de una búsqueda bibliográfica, los últimos avances de la fisioterapia y sus resultados, en pacientes que están ingresados en unidades de cuidados intensivos.

## 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 (”intensive care unit” and ”treatment” and “phyisiotherapy”). 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 estén ingresados en unidad de cuidados intensivos. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen el año de antigüedad.

## 4 Resultados

En el primer artículo analizado “Early active mobilization during mechanical ventilation in the ICU” entre los adultos sometidos a ventilación mecánica en la UCI, un aumento en la movilización activa temprana no resultó en un número significativamente mayor de días que los pacientes estuvieron vivos y fuera del hospital que el nivel habitual de movilización en la UCI. La intervención se asoció con un aumento de eventos adversos. Financiado por el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia y el Consejo de Investigación Médica de Nueva Zelanda (8).
En el segundo artículo analizado “Effectiveness of physical exercise and neuromuscular electrical stimulation interventions for preventing and treating inten-

sive care unit-acquired weakness: A systematic review of randomized controlled trials" seis ensayos con bajo riesgo de sesgo examinaron la masa muscular, la fuerza muscular y la funcionalidad en 182 pacientes adultos. En pacientes críticamente enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos, tanto la estimulación eléctrica neuromuscular como el ciclismo en cama/silla durante cinco a diez días previnieron una pérdida muscular significativa. La estimulación eléctrica neuromuscular en las extremidades inferiores y superiores resultó en una reducción significativa de la duración de la hospitalización. Además, el cicloergómetro aumentó la fuerza y la funcionalidad de los músculos. En pacientes dados de alta de la unidad de cuidados intensivos con debilidad adquirida, tanto la estimulación eléctrica neuromuscular como las intervenciones de ejercicio físico aumentaron la fuerza muscular, pero solo el ejercicio físico aumentó la funcionalidad. Las intervenciones de ejercicio físico y estimulación eléctrica neuromuscular previenen la pérdida excesiva de masa muscular en pacientes críticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos y aumentan la fuerza muscular en pacientes dados de alta de la unidad de cuidados intensivos con debilidad adquirida. El ejercicio físico parece más adecuado para mejorar la funcionalidad (9).

En el tercer artículo analizado "Feasibility, safety, and patient acceptability of electronic inspiratory muscle training in patients who require prolonged mechanical ventilation in the intensive care unit: A dual-centre observational study" Se realizó un estudio de cohorte observacional de doble centro, con muestreo por conveniencia, en dos unidades de cuidados intensivos terciarios. Se completó el entrenamiento diario supervisado por fisioterapeutas de la unidad de cuidados intensivos con el dispositivo electrónico IMT (dispositivo de de rehabilitación respiratoria). Se determinaron definiciones a priori de viabilidad, seguridad y aceptabilidad. La viabilidad se definió como la finalización de más del 80% de las sesiones planificadas. La seguridad se definió como ausencia de eventos adversos importantes y una tasa de eventos adversos menores de menos del 3%, y la aceptabilidad se evaluó siguiendo la aceptabilidad de los principios del marco de intervención. La IMT electrónica es factible y aceptable para completar con participantes críticamente enfermos que requieren ventilación mecánica prolongada. Como todos los eventos adversos menores fueron transitorios sin consecuencias clínicas, la IMT electrónica puede considerarse una intervención relativamente segura en pacientes que requieren ventilación mecánica prolongada (10).

## 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 cumplían con los criterios de inclusión, hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en pacientes se encuentran en ingreso en unidades de cuidados intensivos mejora la capacidad respiratoria, previene la atrofia muscular en los pacientes encamados, así como reduce el tiempo de ingreso en UCI. Sin embargo, se necesitan más estudios para evidenciar de manera significativa estos beneficios en los pacientes. El trabajo activo, las movilizaciones tempranas, así como el trabajo de fortalecimientos de musculatura respiratoria son unas de las técnicas más utilizadas por parte de los fisioterapeutas en las unidades de cuidados intensivos.

## 6 Bibliografía

1. G. Hermans, G. Van den Berghe Clinical review: intensive care unit acquired weakness Crit. Care (London, England), 19 (1) (2015), 10.1186/S13054-015-0993-7.
2. Z.A. Puthucheary, J. Rawal, M. McPhail, B. Connolly, G. Ratnayake, P. Chan, N.S. Hopkinson, R. Padhke, T. Dew, P.S. Sidhu, C. Velloso, J. Seymour, C.C. Agley, A. Selby, M. Limb, L.M. Edwards, K. Smith, A. Rowlerson, M.J. Rennie, J. Moxham, S.D.R. Harridge, N. Hart, H.E. Montgomery Acute skeletal muscle wasting in critical illnes JAMA – J. Am. Med. Assoc., 310 (15) (2013).
3. E. Fan, F. Cheek, L. Chlan, R. Gosselink, N. Hart, M.S. Herridge, R.O. Hopkins, C.L. Hough, J.P. Kress, N. Latronico, M. Moss, D.M. Needham, M.M. Rich, R.D. Stevens, K.C. Wilson, C. Winkelman, D.W. Zochodne, N.A. Ali An official American Thoracic Society Clinical Practice guideline: the diagnosis of intensive care unit-acquired weakness in adults Am. J. Respir. Crit. Care Med., 190 (12) (2014), pp. 1437-1446.
4. Piva, S., Fagoni, N., & Latronico, N. (2019). Intensive care unit–acquired weakness: unanswered questions and targets for future research. F1000Research, 8. https://doi.org/10.12688/F1000RESEARCH.17376.1/DOI.
5. S. Berney, K. Haines, L. Denehy Physiotherapy in critical care in Australia Cardiopulm Phys Ther J, 23 (2012), pp. 19-25.
6. S. Berney, K. Haines, L. Denehy, C.L. Hodgson Physiotherapy in critical care in Australia Cardiopulm Phys Ther J, 23 (2012), pp. 19-25.
7. A. Batchelor Adult critical care. GIRFT programme national specialty report (2021) Available from: https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/

uploads/2021/09/Adult-Critical-Care-Sep21m.pdf
8. TEAM Study Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group; Hodgson CL, Bailey M, Bellomo R, Brickell K, Broadley T, Buhr H, Gabbe BJ, Gould DW, Harrold M, Higgins AM, Hurford S, Iwashyna TJ, Serpa Neto A, Nichol AD, Presneill JJ, Schaller SJ, Sivasuthan J, Tipping CJ, Webb S, Young PJ. Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU. N Engl J Med. 2022 Nov 10;387(19):1747-1758. doi: 10.1056/NEJMoa2209083. Epub 2022 Oct 26. PMID: 36286256.
9. García-Pérez-de-Sevilla G, Sánchez-Pinto Pinto B. Effectiveness of physical exercise and neuromuscular electrical stimulation interventions for preventing and treating intensive care unit-acquired weakness: A systematic review of randomized controlled trials. Intensive Crit Care Nurs. 2023 Feb;74:103333. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103333. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36283894.
10. Nickels M, Erwin K, McMurray G, Talbot R, Strong M, Krishnan A, van Haren FMP, Bissett B. Feasibility, safety, and patient acceptability of electronic inspiratory muscle training in patients who require prolonged mechanical ventilation in the intensive care unit: A dual-centre observational study. Aust Crit Care. 2023 Jun 13:S1036-7314(23)00062-0. doi: 10.1016/j.aucc.2023.04.008. Epub ahead of print. PMID: 37321882.

## Capítulo 253

# MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA: INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN CON NIRSEVIMAB

CLARA PAULA DE UÑA SANTOS

## 1 Introducción

El término bronquiolitis se utiliza desde hace más de 80 años para denominar a un conjunto de síntomas respiratorios concretos. (1) Se puede definir como una hinchazón y acumulación de moco de las vías aéreas más pequeñas en los pulmones (bronquiolos). Generalmente, a causa de una infección viral.

El agente etiológico más frecuente es el virus sincitial respiratorio (VSR) que causa el 79-80% de las bronquiolitis. Otros virus implicados son el adenovirus, influenza o el parainfluenza. (2) (3)

Es una enfermedad muy habitual durante la infancia que supone una alta demanda en atención primaria (consultas 4-20%) y en urgencias hospitalarias ( frecuencia 0.8-2.5%). Es el diagnóstico más frecuente de ingreso hospitalario por infección respiratoria de vías bajas en niños con menos de dos años (frecuencia de ingreso 1-5%) siendo más frecuente por debajo del año de vida. (4)

Los meses con mayor prevalencia son dese noviembre a abril con un pico en enero y febrero. Durante estos meses puede representar hasta un 15% en los motivos de consulta de urgencias pediátricas.

Desde el punto de vista clínico, el principal problema que plantea la bronquiolitis es la variación existente en el abordaje diagnóstico y terapéutico ya que no hay unos criterios claros establecidos.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es revisar las últimas evidencias en el manejo diagnóstico, terapéutica e inmunización de la bronquiolitis.

## 3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la bronquiolitis en fuentes de información primarias, secundarias y terciarias, tanto nacionales (Sociedad española de neumología) como internacionales (Medline, Scielo).
No se utilizaron restricciones de tiempo en las revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica aunque se estableció preferencia en las últimas publicaciones.

## 4 Resultados

El diagnóstico de la bronquiolitis es fundamentalmente clínico.
Durante los primeros 2-3 días se presentan signos y síntomas característicos de infección respiratoria. Habitualmente presentan infecciones respiratorias otros miembros de la familia.
En la consulta/urgencias se realiza una valoración inicial en la que se evalúa la gravedad. Para ello no hay una escala establecida a tal efecto. El uso de diferentes escalas dificulta su comparación.
Se consideran factores de gravedad: la taquipnea y la cianosis, la edad inferior a 12 semanas, rechazo de alimento (ingesta menor del 50%), presencia de letárgica, aleteo nasal historia de apnea, presencia de sibilancias y tiraje grave. Para realizar la exploración se recomienda desobstruir las vías aéreas superiores mediante maniobras de apertura de las vías aéreas como aspiración de secreciones. (5)
La realización de pruebas complementarias se limitará a pacientes seleccionados.
El tratamiento va a depender del grado de afectación.
El tratamiento principal será de soporte aspirando las vías respiratorias en caso de obstrucción, acompañado de hidratación y nutrición. También se considerarán medidas posturales como elevación de la cabeza en la cuna.

En niños con dificultad respiratoria grave y/o cianosis se decidirá la administración de oxígeno en base a la saturación de oxígeno por pulsioximetría en pacientes con saturaciones menores a 90-92%.
Se recomienda el uso de suero salino 3% nebulizado en pacientes ingresados.
En general, no se recomienda el tratamiento con broncodilatadores de forma sistémica a no ser que se recomiende su uso mediante prueba terapéutica y sólo continuar el tratamiento si existe mejoría. Tampoco se recomienda el uso de mucolíticos, antitusígenos o descongestionantes nasales. Al igual que se desaconseja el uso de glucocorticoides de forma rutinaria.
En los casos más graves, el uso de helio puede ser de utilidad aunque se requieren un mayor número de evidencias para demostrarlo.
En cuanto a la inmunización, hasta ahora, solo se había realizado con Palivizumab (anticuerpo IGg monoclonal humanizado) exclusivamente en pacientes de riesgo. Su uso sugiere controversia puesto que no se ha demostrado que disminuya la tasa de mortalidad, aunque si la tasa de ingreso hospitalario y tiene un precio elevado. (3) La pauta es una dosis mensual 15 mg/kg de noviembre a marzo vía intramuscular
A partir de septiembre 2023 se inmunizará de forma gratuita a los lactantes sanos de hasta 6 meses de edad con Nirsevimab (Beyfortus®). Nirsevimab es un anticuerpo monoclonal recombinante desarrollado para proteger, con una sola dosis, a los recién nacidos y lactantes frente a la enfermedad causada por el VRS (E). Se ha aprovado en la Unión Europea en noviembre del 2022 y ha demostrado eficacia reduciendo el numero de hospitalizaciones causadas por VRS en un 80% (6)
La asociación española de pediatría aconseja esta inmunización.

## 5 Discusión-Conclusión

Se concluye esta revisión recordando que la bronquiolitis es una de las infecciones de tracto respiratorio más frecuente en el lactante con un notable incremento en los últimos años. Esta patología provoca una importante demanda asistencial. Existen controversias en cuanto al manejo de la patología lo que provoca discordancias.
El principal tratamiento será de soporte, hidratación y nutrición manteniendo en observación y vigilancia los factores indicativos de gravedad.
Se sustituye la inmunización en pacientes de riesgo con Palivizumab utilizada hasta el momento por el anticuerpo monoclonal Nirsevimab, el cual se incluye en el calendario de vacunación de la Xunta de Galicia y otras comunidades.

Se propone un futuro estudio sobre la inmunización con Nirsevimab para comprobar evidencias y exponer los resultados obtenidos.

## 6 Bibliografía

1. Rodríguez P, Pérez R. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. 2010. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/BoletinVol34n1_3a11.pdf.
2. Bronquiolitis: MedlinePlus enciclopedia médica. 2023. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000975.htm.
3. Bronquiolitis aguda viral. Aeped.es. 2023. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pd.
4. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Bronquiolitis aguda. Pediatría Atención Primaria. 2012 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322012000200006&script=sci_arttext.
5. Guía de Práctica Clínica sobre la Bronquiolitis Aguda. 2011.Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_475_Bronquiolitis_AIAQS_resum.pdf.
6. Keam SJ. Nirsevimab: First Approval. Drugs. 2022 Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s40265-022-01829-6.

## Capítulo 254

# MALDI-TOFF IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS POR ESPECTROMETRÍA DE MASAS

SANDRA MORENO PEREZ

## 1 Introducción

MALDI-TOF (Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Timeof-Flight) utiliza como método la espectrometría de masas, y de esta manera nos permite la identificación de varias especies de microorganismo, utilizando una comparación de espectros de proteínas que se generar a consecuencia de una ionización suave mediante laser de nitrógeno (337nm). Con lo que la base de datos del Maldi-Toff contiene las proteínas especificas correspondientes a cada una de las especies de microorganismos que en la clínica son los más frecuentes.
Uno de los componentes del espectrómetro de masas consta de un laser, que lo que hace es incidir sobre la muestra a la cual le hemos añadido una matriz orgánica que hace la función de fuente de ionización, hay un tubo vacío en el que los iones generados se desplazan, y se mueven a distinta velocidad según su masa, al final dispone de un detector de estos iones, que se encuentra al final del tubo.
Lo que sudece con estos espectros de proteínas generados es que se comparan en la base de datos de la que hemos hablado anteriormente, que dispone de espectros de referencia de los microorganismos que son más relevantes a nivel clínico en el laboratorio de microbiología.
Es uno de los método más rápidos y eficaces.

## 2 Objetivos

Explicar el protocolo de la identificación de microorganismos por espectrometría de masas.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Para una identificación directa de bacterias, transferimos las colonias que queremos analizar a un pocillo de la placa de MALDI-TOFF utilizando un palillo de madera, con un asa o una punta de pipeta, y hacemos una extensión homogénea. Posteriormente se tiene que añadir 0.5 ul de una matriz reconstituida, y lo dejaremos secar a una temperatura ambiente, antes de meter la placa en el instrumento.
El proceso que se hace con MALDI-TOFF es válido para la gran mayoría de bacteria Gran positivas como negativas que tienen un interés clínico.
Pero hay en algunas bacterias que son Gram positivas tenermos que realizar un extracción in-target, añadiendole 1 µL de ácido fórmico al 70%
El proceso que se realiza sirve para que podamos obtener una identificación exitosa en microorganismos que su lisación es más complicada.
Los mejores resultados los obtenemos cuando los cultivos son jóvenes entre 24 y 48 h, ya que la intensidad de los picos que se generan en el instrumento bajan a medida que avanza la edad del cultivo y de esta manera puede ser que la identificación sea menos fiable.
Al igual que cuando nos encontramos que en el cultivo hay presencia de endosporas como por ejemplo en (Bacillus spp., Clostridium spp.) nos pueden interferir en la generación de espectros de masas.
Los diferentes resultados que se obtienen son los siguientes:

Dependiendo del color es una puntuación u otra. Verde es > 2,0, amarillo 1,99-1,77 y rojo para los valores < a 1,7.

Si el resultado es mayor a 2,3 se interpreta como que los resultados son altamente fiables. Entre 2,3 y 2 lo podemos considerar como una identificación segura a nivel de gen, nivel de género y probablemente hasta el de especie; entre 1,99 y 1,7 como muy aceptable "identificación segura hasta identificación a nivel de género" y por debajo de 1,7 se consideran resultados no fiables.
De todas formas a veces la forma en como se interpretan los resultados puede depender algo del diferente laboratorio en el que se este tomando la decisión.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos observar que la espectrometría de masas MALDI-TOF es una gran herramienta en el laboratorio que nos permite identificar microorganismos muy rápidamente y precisa mediante el análisis de sus proteínas. Es una técnica que tiene varias ventajas para el diagnóstico microbiológico:

Reduce el tiempo de identificación pasa de 24-48 horas a unos minutos.
Permite identificar microorganismos que son muy difíciles de cultivar o que requieren medios especiales.
Facilita la detección de resistencias.
Mejora el manejo clínico de los pacientes para tener un uso racional de los antibióticos.
Disminuye los costes y los residuos que se generan con los métodos convencionales.

## 6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/MALDI-TOF.

## Capítulo 255

# EL TÉCNICO DE RAYOS Y EL PROCESO PARA UNA IMAGEN DE MANO DE UN PACIENTE

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

DIANA MARIA BORS

## 1 Introducción

La radiografía de la mano la realiza habitualmente un técnico superior en radiodiagnóstico para la imagen en una sala de radiología convencional ya bien sea en un hospital o en el consultorio de un centro de salud. Normalmente se realiza colocando la mano del paciente o bien sobre una placa de rayos x o sobre la mesa si es una sala digital y el paciente debe de mantener la mano muy quieta a medida que se vaya tomando la imagen. Existen diferentes proyecciones radiológicas dependiendo de la lesión que se quiera estudiar entonces el paciente deberá modificar la posición de la mano a medida que se vayan cambiando las proyecciones. Habitualmente en las radiografías de la mano se suele realizar para detectar o bien fracturas, tumores, objetos extraños o trastornos degenerativos

de la mano también se puede utilizar a nivel pediátrico para averiguar la edad ósea de un niño.
Y por último, la preparación del paciente es primordial por lo tanto en el caso de que la paciente sea mujer en edad fértil siempre habrá que preguntarle si tiene posibilidad de embarazo y luego en todo tipo de pacientes se deben de quitar todas las joyas de las manos relojes etcétera que puedan molestar a la hora de la realización de las placas pertinentes y protegerles ante la radiación si lo precisa.

## 2 Objetivos

Dar a conocer el proceso para una imagen de mano de un paciente.

## 3 Metodología

Para la realización del actual trabajo se ha 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.

## 4 Resultados

Normalmente en la radiografía de mano se realiza para ayudar a los médicos a encontrar el problema que se tiene en la mano ya sea por un dolor que sufre una hinchazón una deformidad y también permite ver si hay algún tipo de hueso de los que forman la mano o articulación rota o dislocada. Además la radiografía también se utiliza como control es decir en una placa de control es para ver si una vez dislocada o fracturada una mano el especialista la coloca en su sitio y comprobar si realmente lo está.
Las tres principales proyecciones radiológicas para el diagnóstico en este área son la dorsopalmar o posteroanterior (PA), la oblicua entre 30 y 45 grados con el pulgar hacia arriba y la lateral.
En muchos centros hospitalarios se aprovecha el tener equipos de mamografías para realizar las manos en ese tipo de aparatos radiológicos, ya que son mucho más sensibles por lo tanto tienen una mayor definición y además de utilizar una menor dosis .
Por otro lado también se puede realizar la radiografía llamada edad ósea y pediátrica estas sirve a los médicos para calcular la madurez del sistema es-

quelético de un niño se realiza con una radiografía de la mano izquierda que va desde la muñeca a los dedos es un procedimiento como todas las demás placas seguro e indoloro que utiliza una pequeña cantidad de radiación lo que se realiza habitualmente es, pues que se coge la radiografía del paciente o del niño en concreto y se compara con imágenes radiológicas de una de las estándar de desarrollo socio normal y a partir de ahí se calcula, pues la edad de niño desde el punto de vista óseo .
También se realizan las placas de manos para diagnosticar la artritis

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico superior en radiodiagnóstico es muy importante a la hora de la realización de las placas y la obtención de un diagnóstico adecuado, ya que de lo contrario la mala realización de las proyecciones radiográficas podría dar lugar a una confusión o a un diagnóstico erróneo lo cual podría ser muy peligroso para el paciente.
También es muy importante el papel de técnico superior en radiodiagnóstico en la preparación del paciente ya sea a la hora de quitar todas las joyas y demás materiales que puedan perjudicar a la hora de realizar la proyección así como la protección del mismo paciente poniéndole un mandil plomado sobre él en caso de que sea necesario y por supuesto preguntar si es una mujer en edad fértil , que pudiera estar embarazada por lo cual no se podría realizar las placas o se tendría que proteger más en caso de ser imprescindible.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 256

# EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES MEDIANTE BIOPSIA GUIADA POR IMAGEN

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

DIANA MARIA BORS

## 1 Introducción

Las masas de tejidos blandos son entidades clínicas frecuentes: se dividen en lesiones benignas, malignas y no neoplásicas.
Los tumores benignos tienen un potencial de crecimiento limitado; no invaden estructuras adyacentes, aunque la fibromatosis agresiva suele ser localmente invasiva.
Los tumores malignos son localmente invasivos; invaden músculos, ligamentos, huesos y también tienen la capacidad de producir metástasis, generalmente pulmones o ganglios.
Las lesiones no neoplásicas incluyen fascitis nodular, hematoma y osificación heterotópica.

Los parámetros que se utilizan para intentar determinar el carácter benigno o maligno de la lesión son, en primer lugar, la localización, que no suele ser útil, salvo en el caso de los miomas elásticos situados entre la escápula y la pared torácica, y produce una respuesta de fricción más bien que la aparición del propio tumor.
Las lesiones de partes blandas son aquellas localizadas en piel, tejido celular subcutáneo, músculos, y tendones. Su estudio tiene que ser exhaustivo y sistemático. Consta de varios elementos: historia clínica, exploración física, pruebas de imagen y biopsia. Es fundamental conocer la edad, antecedentes familiares, personales, traumáticos, el tiempo de evolución de la lesión y su desarrollo, así como su localización.
Podemos clasificar las lesiones en: lesiones sin aparente agresividad y lesiones agresivas. Las lesiones sin aparente agresividad se caracterizan por estar bien definidas, encapsuladas, homogéneas, con ausencia de reacciones inflamatorias, ausencia neovascularización y las lesiones agresivas se caracterizan por ser irregulares, mal definido, profundos, heterogéneos y con presencia de reacción inflamatoria/neovascularización.

## 2 Objetivos

Dar a conocer la semiología de las lesiones de partes blandas en radiografía simple, exponiendo cómo identificarlas mediante las pruebas a realizar por el técnico de radiología.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, a la hora de diferenciar origen óseo o de partes blandas ante una lesión existen unas líneas generales, en las que podemos decir que casi siempre un tumor de partes blandas se iniciará en la periferia del

hueso, teniendo su epicentro en la corteza externa, su dirección de expansión será desde la cortical, no tendrán reacción perióstica (alteraciones relativamente frecuentes que reflejan la existencia de un mecanismo de defensa ante una agresión interna o externa al hueso) y su tamaño será grande con pequeña lesión ósea.

En el caso de tumor óseo primario ocurrirá generalmente al contrario, el epicentro se situará en el centro del hueso, la cortical será divisible hacia tejidos blandos, la reacción perióstica estará presente y existirá destrucción ósea significativa con menor afectación de tejidos blandos. Hay que insistir en que esto solo son generalidades, dado que la línea entre un tipo de lesión y otra a veces puede ser muy estrecha.

En cuanto a la semiología radiológica de las lesiones de partes blandas, a la hora de valorarlas lesiones en radiología simple debemos fijarnos en las variaciones de densidad y observar las simetrías y asimetrías fundamentalmente. En radiología simple, las variaciones de la densidad son las más comunes en las partes blandas, principalmente por aumento de la misma, ya sea por matriz o cuerpos extraños.

- Aumento matriz: Aumento de densidad- Matriz:

Es relativamente frecuente en las partes blandas, bien de forma parafisiológica, como son las calcificaciones vasculares de la ateromatosis, o como resultado de calcificaciones distróficas, calcinosis o metastásicas. Las calcificaciones de matriz condral serán puntiforme o en racimos (condrosarcoma) mientras que las de matriz ósea serán algodonosas den cavidad medular y partes blandas (osteosarcoma).

Por tanto, el aumento de matriz se produce mediante calcificación (pudiendo ser benignas o malignas) y osificación, miositis, que veremos más adelante.

Calcificación: Benignas (flebolitos, parasitosis) o malignas (matriz cartilaginosa):

- Calcinosis.
- Distrófica.

Osificación:

- Aumento de densidad por cuerpos extraños. Los cuerpos extraños no son raros en las partes blandas y pueden ser de materiales muy diferentes (cristal, madera, metal, tejido), generando pequeños focos de densidad variable.
- Otras densidades: Las alteraciones por disminución de la densidad son consecuencia de la presencia de acúmulos grasos o de gas.
- Aire: puede estar relacionada con: antecedentes quirúrgicos o procedimientos intervencionistas recientes, fístulas abiertas a la piel, infecciones por gérmenes anaerobios, degeneración de las proteínas que originan gases.
- Grasa: Los acúmulos grasos, a su vez, pueden deberse a: infiltración, con pres-

encia de grasa en el interior de otros tejidos, como ocurre en la atrofia muscular; lipomatosis, o aumento exagerado y focal del contenido de grasa en zonas donde ya es habitual encontrarla; o tumores con contenido graso (lipomas, teratomas, liposarcomas).

- Valorar simetrías. Las variaciones del tamaño o la forma de las partes blandas se detectan mediante comparación contralateral en radiología simple, aunque no siempre es fácil. Tienen múltiples causas y no deben confundirse con los aumentos focales de volumen de origen tumoral, para no confundir con una hiperplasia de músculo por ejemplo, por lo que siempre se debe valorar presencia de atrofia e hipertrofia.

En cuanto a los tumores de partes blandas, según la bibliografía son relativamente infrecuentes, suponiendo una incidencia de 35 casos por millón de habitantes al año. A continuación voy a nombrar los más frecuentes y comentar alguna de sus características radiológicas más importantes.

- Lipomas. Son frecuentes. Zona bien delimitada. A veces calcificaciones en su interior.
- Liposarcomas. Aparecen de novo. Más frecuentes en retroperitoneo, zona media del muslo y hueco poplíteo. Pueden presentar calcificaciones.
- Rabdomiosarcomas. Bastante frecuentes pero difícil de identificar radiológicamente. Aparece como una masa indiferenciable de los tejidos adyacentes. Rara vez calcificaciones.
- Fibrosarcoma. No se diferencia de tejidos adyacentes y si está cerca de estructuras óseas suele producir erosión en la cortical frecuentemente asociada a reacción perióstica.
- Hemangiomas. Aumento de partes blandas, se pueden observar flebolitos.
- Sarcoma sinovial. Calcificaciones en un alto porcentaje.
- Osteosarcoma y condrosarcoma. Raros y malignos. Similares a tumores óseos en radiografía simple.

## 5 Discusión-Conclusión

La radiografía simple aporta información en el estudio de las lesiones de partes blandas, a pesar de que no sea la prueba de imagen que más datos diagnósticos nos aporte sobre la lesión, especialmente en comparación con una ecografía o resonancia magnética nuclear, por su disponibilidad es una opción a valorar inicialmente, sobre todo para descartar patología ósea asociada.

En la evaluación de masas de tejidos blandos las imágenes son fundamentales, aunque no suelen permitir un diagnóstico determinado, darán respuesta a las

preguntas básicas del cirujano.
El trabajo de un equipo multidisciplinario compuesto por radiólogos, médicos, cirujanos y patólogos es fundamental para lograr mejores resultados.
Hay que ser muy cuidadoso con el paciente, pues es un proceso que causa mucho nerviosismo y alteración en ellos.

## 6 Bibliografía

1. Pedrosa: Diagnóstico por imagen. Compendio.
2. El estudio radiológico en la patología osteoarticular. J.D. Aquerreta.
3. Valoración radiológica de imágenes líticas óseas. G. Albi Rodríguez.
4. Principios radiológicos para el diagnóstico de tumores óseos con radiología convencional. Rafael Obregón Báez.

## Capítulo 257

# TÉCNICO DE RAYOS Y LAS URGENCIAS POR TRAUMATISMOS RENALES

ARIADNA BORREGUERO DE LA CASA

CELIA MARFIL DE LA FUENTE

ABEL NAVARRO GARCIA

JOSÉ ALBERTO CASTRO FERNÁNDEZ

DIANA MARIA BORS

## 1 Introducción

La medicina actual se basa en un pilar básico: la tecnología. Es esto lo que propicia el desarrollo de la medicina tal y como la conocemos hoy, y permitirá que se desarrolle en el futuro, destacando importantes avances en radiología. La medicina como arte ha dado paso a la medicina como ciencia sistemática, técnica y de trabajo en equipo. Además de provocar cambios estructurales, esto también aumenta significativamente los costos. Teniendo en cuenta la gran cantidad de recursos que consumen los pacientes de emergencia y la necesidad de una atención inmediata y continua, la atención de los pacientes de emergencia también requiere de una serie de especialidades.
El traumatismo renal es frecuente en el paciente politraumatizado y se produce en al menos el 10 % los traumatismos abdominales. Se considera también trauma-

tismo renal a las lesiones que se producen en procedimientos de diagnósticos y terapéuticos como la litotricia, la biopsia, etc.
Se trata normalmente de lesiones menores y que en ocasiones puede ser que pasen desapercibidas porque vayan asociadas a lesiones en otros órganos, o lugares. Gracias al avance de las técnicas en diagnóstico por la imagen, se ha conseguido poder realizar un manejo conservador en la mayoría de los traumatismos renales.

## 2 Objetivos

- Valorar las distintas técnicas radiológicas y su aplicación en urgencias en casos de traumatismo renal.
- Describir los distintos grados de lesiones renales según los hallazgos de angiotomografía computarizada (Angio TC).

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Desde el punto de vista anatómico, el riñón es un órgano retroperitoneal que está protegido por las estructuras circundantes: costillas, tejido muscular, peritoneo y grasa. En los niños el riñón está menos protegido (menos grasa y menos músculo).
Es importante recordar que los uréteres están fijos al nivel de la unión ureterovesical y ureteropiélica, lo que tiene implicaciones en el tipo de lesiones que se pueden producir según el impacto. Podemos hablar entonces de dos tipos de traumatismo distintos en función de sus características.
Tenemos, por una parte, los traumatismos cerrados (accidentes de tráfico, precipitación, etc.), que son los más frecuentes y en los cuales la lesión se produce por impacto directo o por desaceleración rápida. En este último caso se suelen producir lesiones en el pedículo y en las zonas de unión ureterovesical

y ureteropiélica. Por otra parte, están los traumatismos penetrantes (herida por arma blanca, yatrogenia, etc.). Estos son menos previsibles, en general más graves y afecta al sistema excretor con mayor frecuencia.
La primera opción para la evaluación del traumatismo renal es la tomografía computarizada (TC).
En la venografía (VCI), las lesiones se dividen en cinco grados. Esta clasificación permite métodos de tratamiento y seguimiento, y planificar el futuro control radiológico durante el seguimiento de estos pacientes.
Como técnica alternativa al TC con CIV disponemos de la ecografía y especialmente de la ecografía con contraste, ya que puede ser de gran utilidad en determinados pacientes que puedan presentar alergia a contrastes yodados, insuficiencia renal, sospecha de lesiones específicas de órganos, etc.
Por otra parte, hoy en día, la urografía intravenosa apenas tiene indicación como procedimiento de urgencia, y la arteriografía normalmente se realiza tras el TC con CIV para realizar un tratamiento endovascular. Las principales ventajas que presenta la ecografía son el hecho de no ser una técnica invasiva, su disponibilidad y el ser portátil. Es especialmente útil en pacientes inestables en los que se puede realizar una técnica FAST.
La desventaja que tiene es que es una técnica exploradora dependiente en la que la calidad de las imágenes obtenidas varía de una ventana a otra, y la posición retroperitoneal de los riñones los hace inaccesibles. Tampoco nos permite distinguir entre líquido libre y contenido de sangre, por lo que no podemos evaluar la función renal. Debe tenerse en cuenta que además de la ecografía, básicamente, tenemos comparaciones de ultrasonido que brindan más información.
La ecografía con contraste de traumatismo renal se muestra a continuación en los siguientes casos:
- Seguimiento de lesiones ya diagnosticadas.
- Sospecha de traumatismo leve sin lesión en otros órganos.
- Sospecha de lesión tras procedimiento diagnóstico-terapéutico (biopsia renal, litotricia, etc.).
- En pacientes con alergia a contrastes yodados. En estos casos se puede realizar un TC basal y completar el estudio con ecografía con contraste sobre el órgano con sospecha de lesión, en este caso el riñón.

Los hallazgos que nos aporta la ecografía con contraste se basan fundamentalmente en defectos de perfusión. Así por ejemplo, las laceraciones se presentan como bandas hipocaptantes que alcanzan la superficie cortical. Las contusiones se aprecian como áreas hipoecogénicas e hipocaptantes con bordes mal definidos. Los hematomas se verán como áreas de ausencia de realce, y en caso de haber

hemorragia activa, puede verse también extravasación de burbujas. En caso de lesión en el pedículo vascular, tendremos lesiones hipocaptantes isquémicas.
Continuando con la Arteriografía, cabe decir que esta es una prueba invasiva y que por lo tanto conlleva más riesgos. Primero siempre se ha de realizar un ANGIO TC. Hoy en día se emplea en la mayoría de los casos para tratamiento, o en caso de dudas diagnósticas tras la realización del TC. En lesiones de la arteria renal es fundamental la rapidez en el tratamiento, pues se estima que pasadas más de 4 horas, la viabilidad del riñón es muy escasa.
Cada vez se realiza un tratamiento más conservador, por lo que la arteriografía juega un papel muy importante tanto para embolizar en caso de hemorragia activa como para tratar complicaciones diferidas (pseudoaneurismas, hemorragias diferidas, fístulas arteriovenosas, etc.).
La prueba de elección suele ser por lo tanto el ANGIO TC, debido sobremanera a varios factores:
1. Esta es una prueba rápida y de fácil acceso.
2. Le permite clasificar las lesiones por traumatismo renal.
3. Proporcionará información anatómica y funcional.
4. Permitirá evaluar la patología del tracto excretor.
5. Brindar la información necesaria para el tratamiento mediante la intervención posterior.
Basándonos en los hallazgos de ANGIO TC, existen diferentes grados de lesiones y que se clasifican del grado I al V en función de su gravedad. Estos son:
- Lesiones de grado I:
Son el tipo de lesión más común. Incluyen hematomas y hematomas.
Debajo de la cápsula sin laceraciones relacionadas. Los moretones son áreas de baja densidad.
Por definición, a menos que contengan sustancias sanguíneas, en cuyo caso pueden ser de alta densidad. Debido a sus efectos, es importante distinguirlos de los ataques cardíacos. Los hematomas subcapsulares son colecciones hiperdensas entre parénquima y cápsula que pueden tener efecto de masa y no realzan tras administrar
- Lesiones de grado II:
Hematomas perirrenales sin expansión y limitados a retroperitoneo. Son hiperdensos y mal delimitados. Se encuentran entre el riñón y la fascia.
Se puede ver engrosamiento de la fascia, compresión del colón y desplazamiento renal. También laceraciones menores de 1 cm de profundidad que no afecten al sistema colector. Son imágenes hipodensas, lineales o irregulares y que no realzan tras la administración del CIV.

## 5 Discusión-Conclusión

Al igual que en otras áreas, los hallazgos radiológicos son la clave en el manejo de los pacientes. Aunque la prueba de elección en el diagnóstico y seguimiento del traumatismo renal es el Angio-TC, otras pruebas como la ecografía (especialmente la ecografía con contraste), pueden ser de gran ayuda en determinados pacientes y en determinadas circunstancias.
El Angio-TC permite hacer un diagnóstico preciso clasificando el tipo de traumatismo y con base en esto, planificar una actitud terapéutica y de seguimiento.
La arteriografía es menos importante hoy en día en el diagnóstico, ya que esa labor se realiza con TC, pero adquiere un papel muy importante en el caso de traumatismos graves y en las complicaciones, ya que la tendencia es realizar un manejo conservador intentando evitar la cirugía y de esta forma las nefrectomías.

## 6 Bibliografía

1. Kidney in Danger: CT Findings of Blunt and Penetrating Renal Trauma.
2. Raquel Cano Alonso, Susana Borruel Nacenta, Patricia Diez Martinez, Angel Sanchez Guerrero, Carlos Garcia Fuentes. RadioGraphics, 2009, Vol.29: 2033-2053.
3. EAU Guidelines on Urological Trauma. Thomas H. Lynch, Luis MartínezPiñeiro, Eugen Plas, Efraim Serafetinides, Levent Türkeri, Richard A. Santucci, Markus Hohenfellner. European Urology 2005, Volume 47, Issue 1,Pages 1-15.

## Capítulo 258

# SCREENINGN PRENATAL. ESTUDIO BIOQUÍMICO EN EL LABORATORIO

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

ANA LOPEZ GARCIA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

## 1 Introducción

El screening prenatal se realiza sobre todo para cromosomopatías. Es un programa de cribado que se hace a todas las gestantes durante la primera etapa de la gestación para detectar aquellas gestantes en las que hay un riesgo alto de feto con cromosomopatía

Esta prueba supone el 50% de los abortos tempranos, es decir, aquellos que se realizan previos a la semana 12 de gestación. En España, por encima de la semana 14 de gestación no hay posibilidad de abortar, por ello estas pruebas se realizan previos a esta semana. De esta manera, los padres tienen la posibilidad de decidir si quieren o no interrumpir el embarazo.

Existen una serie de parámetros epidemiológicos que incluyen la edad materna, tabaquismo, obesidad, hipertensión, diabetes…

Acompañando a este tipo de pruebas bioquímicas también se realiza una ecografía del feto para complementar ambas técnicas y que el diagnóstico sea lo más completo y preciso posible.
Hay cromosomopatías que no son incompatibles con la vida o que no garantizan que la calidad de vida del individuo vaya a ser plena. Entre ellas se encuentran: la trisomía del cromosoma 13 (síndrome de Patany), T18 (síndrome de Edwards), T21 (síndrome de Down). Síndrome de Jacobs, síndrome triple X, síndrome de Turner…

## 2 Objetivos

Saber en qué consisten las pruebas de screening y cuál es su finalidad en el laboratorio.
Conocer qué marcadores se identifican en cada trimestre en el laboratorio.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con las pruebas de screening prenatal, los marcadores bioquímicos 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 se realiza a partir de una muestra de suero o plasma de la gestante. Según el trimestre en el que se encuentra el embarazado se utilizan unos marcadores bioquímicos u otros.
Marcadores bioquímicos del primer trimestre, antes de la semana 14. PAPP-A y beta-hCG. La PAPP-A sus niveles aumentan con la gestación, su función es liberar la hormona factor de crecimiento insulínico (IGF) que estimula el crecimiento en el feto y la placenta, disminuye mucho característicamente en el síndrome de Down. La hCG aumenta el en síndrome de Down y baja en la T13 y T18.
Marcadores bioquímicos del segundo trimestre. Se hace a todas las gestantes, salvo a las que el primero ya esté alterado. Se realizan después de la semana 14 y la fecha adecuada es entre la 15-18 semanas. También se hace ecografía. Existen

dos tipos de pruebas: el tiple test, se analizan tres parámetros bioquímicos y su finalidad es screening de cromosomopatías.
Se analiza hCG, su función es mantener el cuerpo lúteo el cual sintetiza progesterona, se empieza a sintetizar desde el momento de la fecundación y aumenta progresivamente hacia la semana 12, después se mantiene constante y luego empieza a bajar porque la placenta ya sintetiza progesterona. Sirve para datar la gestación en las primeras semanas y como marcador de cromosomopatías. Es un marcador muy útil de síndrome de Down y la hCG está aumentada. Otras causas que aumentan las hCG: embarazos múltiples, molas…
Se analiza AFP, alfa feto proteína, que se sintetiza en las estructuras embrionarias que darán lugar al aparato digestivo. En el adulto no apenas hay porque al nacer desciende. La AFP está baja en el síndrome de Down y está aumentada en los trastornos del tubo neural.
Se analiza uE3 (estriol no conjugado) es una hormona que produce el feto en las glándulas suprarrenales y es el mejor marcador de bienestar fetal. Está bajo en síndrome de Down, otras cromosomopatías y otras malformaciones.
Existe una variedad de este triple test que se mejoró metiendo otros parámetros (cuádruple), la InhA disminuye los falsos positivos del triple test y se realizan menos amniocentesis.
El Test Harmoning es un test de detección de AND fetal en sangre materna, no es muy sensible por debajo de la semana 14.

## 5 Discusión-Conclusión

Estas pruebas tienen gran utilidad cuando las mujeres embarazadas quieren realizar un seguimiento de su embarazo y en el caso de que se detecte alguna cromosomopatía pueda recurrir a su derecho a abortar.
En el laboratorio tienen gran responsabilidad a la hora de analizar estos marcadores bioquímicos, ya que van a ser determinantes para poder garantizar el bienestar del feto.
Los marcadores que se analizan tienen utilidad para identificar otras patologías, así que hay que tener en cuenta en que paciente se está analizando y cuál es la causas por la que se analiza porque muchos son utilizados como marcadores tumorales.

## 6 Bibliografía

https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/

obstetricia/screening-prenatal
https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/screening-prenatal/

## Capítulo 259

# INFARTO DE MIOCARDIO: ENTENDIENDO UNA AMENAZA CARDÍACA

ALBA MARIA MARTÍNEZ LÓPEZ

CARMEN MORENO

FRANCISCO JESÚS ROMERO MÉNDEZ

JOSE MANUEL SEGURA PÉREZ

ANDREA GARCÍA

## 1 Introducción

En el corazón de la vital maquinaria que es nuestro sistema circulatorio, el infarto de miocardio emerge como un evento de gran trascendencia clínica y social. Es el abrupto cierre de un capítulo vital en la narrativa de la salud cardiovascular, una interrupción que puede dejar huellas indelebles en la vida de aquellos que lo experimentan.

Este capítulo se enfoca en arrojar luz sobre esta afección, descifrando sus misterios y presentando estrategias para mitigar su impacto devastador.

El infarto de miocardio, más conocido como ataque al corazón, trasciende las fronteras geográficas y culturales, afectando a millones de individuos en todo el mundo. Aunque sus manifestaciones pueden variar, su impacto es unificador: un

evento que altera el ritmo cotidiano y desencadena una cascada de decisiones cruciales en el camino hacia la recuperación.
Más allá de la anatomía, el infarto de miocardio es un testimonio vívido de la interconexión entre factores genéticos, hábitos de vida y el entorno que habitamos. La progresión silenciosa de la aterosclerosis y la súbita obstrucción de una arteria coronaria son episodios que reflejan la complejidad de la biología humana y la importancia de la prevención.
Este capítulo tiene como objetivo desentrañar los matices de esta condición, desde sus raíces fisiopatológicas hasta las estrategias más innovadoras para su prevención y tratamiento. A través de una exploración detallada, buscamos empoderar a los lectores con conocimientos fundamentales y herramientas prácticas para enfrentar el infarto de miocardio de manera informada y proactiva.
A medida que adentramos en las páginas de este capítulo, invitamos a los lectores a considerar no solo los elementos físicos y biológicos en juego, sino también la fuerza resiliente del espíritu humano y la capacidad de recuperación. En última instancia, este capítulo es un tributo a la resistencia humana y una guía para aquellos que buscan no solo sobrevivir, sino prosperar después de haber enfrentado el desafío del infarto de miocardio.

## 2 Objetivos

-Infomar sobre el concepto de infarto de miocardio, factores de riesgo, los síntomas clave, y las estrategias de prevención y tratamiento más actualizadas.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura científica y médica relacionada con el infarto de miocardio. Se consultaron bases de datos especializadas, como PubMed y Web of Science, así como informes de organizaciones de salud reconocidas a nivel mundial. La información recopilada fue evaluada y seleccionada con criterios de relevancia y actualidad.

## 4 Resultados

1. Causas y Factores de Riesgo
1.1 Aterosclerosis: La Raíz del Problema

El infarto de miocardio, en su mayoría, encuentra su origen en la aterosclerosis, un proceso complejo en el que las arterias coronarias se ven progresivamente obstruidas por la acumulación de placas de grasa y colesterol. Estas placas pueden llegar a ser vulnerables y propensas a la ruptura, lo que desencadena una reacción en cadena que culmina en la formación de un coágulo, bloqueando el flujo sanguíneo hacia una parte del músculo cardíaco.

1.2 Factores de Riesgo Modificables e Inmodificables

El infarto de miocardio no discrimina, afectando a individuos de diversas edades y antecedentes. Sin embargo, existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer esta condición. Entre los factores de riesgo modificables se encuentran la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, la diabetes, el tabaquismo y la obesidad.

2. Síntomas y Diagnóstico

2.1 Manifestaciones Clínicas: Más Allá del Dolor en el Pecho

Aunque el dolor en el pecho (conocido como angina) es uno de los síntomas más reconocidos del infarto de miocardio, existen una variedad de manifestaciones clínicas que pueden ser menos evidentes pero igualmente relevantes. Estos pueden incluir dificultad para respirar, sudoración excesiva, náuseas y fatiga. Reconocer estos signos puede ser crucial para una intervención temprana y un diagnóstico preciso.

2.2 Herramientas Diagnósticas de Vanguardia

El diagnóstico del infarto de miocardio se apoya en una serie de pruebas y herramientas de vanguardia. El electrocardiograma (ECG) es una herramienta fundamental, ya que puede revelar cambios característicos en el patrón de actividad eléctrica del corazón durante un episodio de infarto. Además, los análisis de marcadores cardíacos como la troponina son esenciales para confirmar la presencia de daño cardíaco.

3. Tratamiento y Prevención

3.1 Abordajes Terapéuticos Multidisciplinarios

El tratamiento del infarto de miocardio es un proceso multidisciplinario que abarca una amplia gama de enfoques. Desde la administración de medicamentos anticoagulantes y antiplaquetarios hasta procedimientos invasivos como la angioplastia y la colocación de stents, la atención médica es personalizada y basada en la evaluación integral de cada caso.

3.2 Prevención: El Escudo más Poderoso

La prevención del infarto de miocardio es una piedra angular en la gestión de la salud cardiovascular. Adoptar un estilo de vida saludable, que incluya una dieta equilibrada, ejercicio regular y la gestión del estrés, puede reducir significativa-

mente el riesgo. Además, el control de los factores de riesgo como la presión arterial y el colesterol es esencial en la prevención a largo plazo.

## 5 Discusión-Conclusión

El infarto de miocardio, un fenómeno que resuena en el corazón mismo de la vida humana, exige nuestra atención y comprensión. A través de la exploración detallada de sus mecanismos y manifestaciones, hemos destilado un entendimiento más profundo de esta amenaza cardíaca.

La clave para enfrentar esta condición radica en la educación y la prevención. Empoderar a las comunidades con conocimiento sobre los factores de riesgo y los signos de alarma puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. La detección temprana y la intervención oportuna son los pilares de un enfoque integral para combatir el infarto de miocardio.

Además, la rehabilitación cardíaca y la promoción de estilos de vida saludables ofrecen un camino hacia la recuperación y la prevención de futuros episodios. La adopción de una alimentación equilibrada, la actividad física regular y la gestión efectiva del estrés son inversiones en la salud cardiovascular a largo plazo.

En última instancia, este capítulo busca no solo informar, sino también inspirar. Invitamos a los lectores a reconocer su poder para influir en su propia salud cardiovascular y a tomar medidas proactivas para prevenir el infarto de miocardio. En este viaje, la comunidad médica, los investigadores y la sociedad en su conjunto desempeñan un papel crucial en la lucha contra esta afección.

## 6 Bibliografía

1.Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: A Report From the merican Heart Association. Circulation. 2016;133(4):e38-e360. doi:10.1161/CIR.0000000000000350.

2.O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;127(4):e362-e425. doi:10.1161/CIR.0b013e3182742cf6.

3.Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients

presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393.
4.Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). 5.Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur J Prev Cardiol. 2016;23(11):NP1-NP96. doi:10.1177/2047487316653709.

## Capítulo 260

# CENTROS DE TRABAJO DE UN CELADOR EN SANIDAD Y SUS DIFERENTES FUNCIONES

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

CRISTINA PAGE LAIN

## 1 Introducción

El celador tiene un papel muy importante y fundamental en el ámbito sanitario y son varios los centros donde puede trabajar y en cada uno de ellos realiza unas funciones diferentes.
Entre otros, un celador puede trabajar:
- En la atención primaria que son los centros de salud, donde estos trabajadores desempeñan un trabajo de dar información al paciente y entrega de algunos documentos.
- En la atención especializada, que son los hospitales por excelencia donde realizan su trabajo, y aparte de prestar la asistencia de urgencias, también internamiento, etc. y también en los centros de especialidades.

Muchas son las funciones del celador: En los centros de salud su principal función es controlar el acceso del mismo, informar a los pacientes que lo necesiten, las distintas consultas o lugares del centro, también la entrega a los pacientes de documentos, traslado en silla de ruedas a los pacientes, entre otros. En los hospitales tienen más variedad de funciones, tienen el servicio de urgencias donde hacen la recepción y ayuda del paciente, aviso al personal sanitario, etc., en servicio de rehabilitación, en el servicio de UCI donde realiza traslado de material, documentación, trasladar al paciente, informar sobre materiales en mal estado, ayudar al personal sanitario y más que desarrollaremos en el capítulo.

## 2 Objetivos

- Indicar los distintos lugares donde pueden trabajar el celador y sus diversas funciones 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

En sanidad el celador tienen una gran importancia, ya que muchos de los pacientes pasan por sus manos, bien antes de ver al personal sanitario o después de la visita para traslado a la salida u otra consulta.
El celador puede trabajar en diferentes lugares sanitarios.
- En atención primaria (los centros de salud). En estos centros desempeña varias funciones como son dar información al paciente cuando lo precisa de donde están situadas cada servicio que ofrece el centro, ayudar a los usuarios con movilidad reducida a desplazarse por el centro, llevarlos en silla de ruedas… También colabora en algunas tareas administrativas, como entrega de documentación a los pacientes o también reparto de documentos al personal sanitario, ayudar a los facultativos a lo que les pida siempre y cuando esté dentro de sus tareas como celador, archivo de documentos, controlar el acceso al centro, entre otros.

- En la atención especializada, son varios sitios donde pueden trabajar los celadores, estos son algunos:
- En el servicio de urgencias: las funciones en esta sección pueden ser recepción del paciente y prestarle ayuda si fuera necesario, mover a los pacientes en silla de ruedas hasta la sala de espera, o la consulta que tenga que ir, controlar el acceso y el comportamiento a este espacio, contacto con el personal sanitario cuando la ocasión lo requiera, entre otros.
- En el servicio de rehabilitación: ayudan al personal sanitario a movilizar a los pacientes, recoger la sala para el día siguiente, entregar documentación de un personal a otro, ayuda a los pacientes para moverse de un sitio a otro cuando así lo requieran, entre otros.
- En el área de hospitalización: Trasladar a los pacientes cuando sea necesario, llevar documentación al personal sanitario, mover aparatología, control de acceso a esta sección, entre otros.

Otros departamentos donde trabaja un celador son: en los servicios de cuidados paliativos, en la planta de salud mental, en quirófano, en laboratorio, unidad de cuidados críticos, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este capítulo podemos decir que el celador tiene un papel importante y fundamental en el ámbito sanitario. En este capítulo hemos contado que hay diferentes sitios donde puede trabajar, está la atención primaria, donde su función principal es dar información al paciente, entrega de algunos documentos, trasladar al paciente si es necesario, vigilar que en el centro todo esté en orden y se cumplan las normas, etc. Y también desarrolla su labor en atención especializada, aquí son más las funciones que tiene que cumplir, ya que hay varios departamentos donde puede trabajar, entre otras, llevar historial clínico, traslado de pacientes, recepción de pacientes, etc. Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el bienestar y evolución favorable del paciente.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 261

# EL CELADOR Y SUS TÉCNICAS PARA PODER MOVER A LOS PACIENTES CON POCA MOVILIDAD

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

CRISTINA PAGE LAIN

## 1 Introducción

Para el desarrollo de este trabajo se ha tenido en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, en la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. De este modo, queda establecido en su apartado número 13, que los celadores desempeñan las funciones de ayuda a enfermeras y ayudantes para el movimiento y traslado de pacientes y enfermos encamados.
Así, se puede afirmar que el celador, personal subalterno, es el encargado de llevar a cabo acciones de traslado y colocación de los enfermos, es decir, cuando un paciente presente escasez en su movilidad y ha de ser trasladado de una cama a otra, es el celador quien realiza dicho traslado, con la correcta posición correspondiente, en función de las patologías presentes en el enfermo.

Por tanto, se destaca la necesidad presente que adquieren los celadores, donde se precisa de una formación constante en la multitud de posibilidades de colocación de enfermos, atendiendo a las patologías y características individuales de cada uno, permitiendo así, conocer y tomar las medidas correctas y eficaces para una correcta colocación en cama del enfermo, adaptando unas medidas u otras en función de las características específicas de cada enfermo.

## 2 Objetivos

- Conocer las actuaciones que desempeñan los celadores en la correcta colocación de los enfermos.
- Exponer las distintas posiciones para la colocación del enfermo por parte del celador.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Existen numerosos tipos de colocaciones llevadas a cabo por el celador en la correcta colocación del enfermo. Sin embargo, es conveniente destacar en primer lugar, unas normas generales para la movilización, entre las que se destacan: guardar la intimidad del paciente, para lo que el celador coloca una cortina o biombo en el proceso de traslado o colocación del paciente, evitar movimientos bruscos durante la movilización, para lo que el celador puede pedir la colaboración de las auxiliares de enfermería, entre otras.

Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama: esta colocación se realiza cuando el paciente no se encuentra en una situación cómoda de la cama, donde su cabeza no se encuentra a la altura del cabecero y la almohada. Si el paciente puede colaborar, este flexiona sus rodillas y se impulsa para arriba, mientras que el celador sujeta y acompaña el movimiento. En caso de no presentar colaboración, esta acción se lleva a cabo por dos celadores, donde se hace uso de la

entremetida. Así, los dos celadores sujetan fuerte de la entremetida lo más próximo al paciente y desplazan a la vez hacia arriba para la correcta colocación, el enfermo se encuentra en posición decúbito lateral izquierdo, donde su muslo está flexionado hacia delante y su cabeza girada lateralmente. Es importante destacar que en sus hombros y caderas, el brazo quede extendido abajo hacia atrás.
Movimiento del paciente hacia un lateral de la cama, donde se precisa la colaboración de un segundo celador si el paciente no es colaborador. Los celadores se colocan a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca del paciente. A continuación, desplazan la entremetida, doblan la rodilla del paciente contraria al giro y empujan con la entremetida hacia el centro de la cama.
Traslado de la cama al sillón o silla de ruedas. En este caso se presentan dos opciones. Si el paciente colabora, el celador coloca cerca de la cama la silla de ruedas y ayuda al paciente para colocarse en la silla de ruedas. Si el paciente no puede colaborar, el celador sujeta al paciente por los hombros y las rodillas, procede a girarlo, baja la cama lo máximo posible y ayuda a la incorporación del paciente de pie.
Además de la multitud de posiciones que se encuentran el celador ante la movilización del paciente, debe informar a los mismos de lo que se va a realizar, trasmitir tranquilidad y pedir colaboración en la medida de lo posible. No se debe olvidar que ante cualquier traslado o movilización del paciente en cama, se debe asegurar la misma con el uso del frenado.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión se destaca la enorme importancia que desempeñan los celadores en el centro sanitario, sobre todo en la participación e interacción con el paciente enfermo encamado. Se observa, que sin la ayuda de los celadores, es imposible la movilización de los pacientes, práctica que se encuentra presente en el trabajo diario del personal sanitario.
Además, gracias a la colaboración y actuación de los celadores con los enfermos encamados se permite el correcto funcionamiento y trabajo del centro sanitario, es decir, sin la presencia de los celadores, la colocación y la movilización del enfermo no es posible, por lo que el trabajo en el servicio o área en el que se encuentren dificultaría su práctica diaria.

## 6 Bibliografía

1. El celador ante la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. El celador en su relación con los enfermos: traslado y movilidad de los mismos. Técnicas de movilización de pacientes. Disponible en: https://www.formacurae.es.
3. El celador y la colocación del enfermo. Disponible en: https://cvpepemoreno.

## Capítulo 262

# DETECCIÓN RÁPIDA DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

TAMARA HERRERO VALERO

MARIAM BLANCO NOVILLO

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

## 1 Introducción

Antes de la aparición de los antibióticos, el Streptococcus pneumoniae, también conocido como neumococo, es una bacteria que ha sido históricamente el mayor agente causal de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), de hecho, suponía la causa del 95% de enfermedades de neumonía en el mundo. Actualmente se ha logrado reducir al 27% de los casos a nivel mundial, y hay que destacar que la población más vulnerable a esta infección son las personas mayores de 60 años, donde las cifras de mortalidad alcanzan hasta el 40% de los casos. La neumonía por Estreptococo pneumoniae resulta más común en la época de invierno y también a principios de primavera. Predomina sobre todo por su capacidad para colonizar la nasofaringe, tanto que entre el 20% y el 30% de los adultos sanos y entre el 40% y el 50% de los niños sanos son portadores de esta

bacteria. Esta situación pone en riesgo a la población más vulnerable como son los niños menores de 2 años, gente mayor de 65 años, personas con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fumadores… Su método de propagación es rápido ya que, ante un individuo predispuesto, por encontrarse en el grupo de riesgo anteriormente mencionado entre otros, la mera inhalación de estas colonias podría suponer el contagio ipso facto, pero incluso un individuo sano y fuerte puede verse vulnerado con cepas virulentas como la de S. pneumoniae. En este capítulo se describirá que tipo de bacteria es S. pneumoniae y se mencionará una de las muchas técnicas de diagnóstico para esta infección, que es la prueba rápida de antígeno de S. pneumoniae.

## 2 Objetivos

- Conocer qué tipo de microorganismo es Streptococcus pneumoniae.
- Explicar en términos generales el procedimiento de la prueba rápida detección de antígeno de S. pneumoniae.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Estreptococcus pneumoniae es una bacteria Gram positiva, catalasa negativa y se trata de un coco con forma de lanceta. La infección por este microorganismo es muy variable, desde enfermedades mas leves a más graves. Las enfermedades más comunes son: Sinusitis, infección de oído, neumonía, meningitis y sepsis. Las más graves de estas pueden provocar discapacidades permanentes como daño cerebral, pérdida del oído y dificultades para aprender, o incluso ocasionar la muerte el peor de los casos.

Existen variedad de pruebas diagnósticas para la detección, determinación y monitorización de esta infección, entre otras pruebas podemos destacar: el análisis de esputo haciendo la tinción Gram y cultivo, cultivos de sangre en frascos de cultivo

(hemocultivos), reacción en cadena de la polimerasa, inmunoglobulinas G (IgG) e inmunoglobulinas M (IgM) para S. Pneumoniae, títulos de anticuerpos para confirmar coccidiomicosis, pruebas especiales (DNA, PCR, MIF) por anticuerpos monoclonales para medir la cantidad de antígeno, procalcitonina y proteína C reactiva…

En el presente capítulo vamos a destacar una prueba rápida que proporciona un diagnóstico temprano (en tan solo 15 minutos) e impide la propagación: Detección rápida de antígeno de Streptococcus pneumoniae por inmunofluorescencia (FIA) en orina. Se trata de una tecnología inmunofluorescente donde se añade una pequeña cantidad de muestra de orina (generalmente cantidades tan pequeñas como 100 microlitros es suficiente) a un dispositivo provisto de una membrana. Esta membrana tiene una zona de control y otra zona de prueba cubiertas con anti -PPR monoclonal y polisacáridos capsulares anti-S. pneumoniae. La muestra que es añadida en el pocillo del dispositivo va migrando por la membrana, si está presente en la muestra el Ag de S. pneumoniae, reaccionará con los polisacáridos capsulares anti-S. pneumoniae monoclonal conjugado con una partícula fluorescente. Esta combinación Ag-Ac emitirá una fluorescencia que será detectada por el aparato analizador y procesará un resultado usando un algoritmo preprogramado que mostrará en pantalla.

Esta prueba de antígeno urinario tiene una especificidad del 97% y una sensibilidad del 80%, incluso habiendo empezado ya el tratamiento antibiótico.

## 5 Discusión-Conclusión

Se pueden destacar ventajas e inconvenientes en esta detección rápida del S.pneumoniae. Como ventajas resulta ser una técnica bastante rápida y sencilla de llevar a cabo, sobre todo si lo comparamos con tener que realizar un frotis y tinción para observar un Gram, o sembrar un cultivo y tener que esperar horas de crecimiento para poder ser analizado. Tiene una alta especificidad, sin embargo, puede no ser efectivo en pacientes con baja bacteriemia. Por exponer otra desventaja, aparte de ser necesario un técnico cualificado, el centro que quiera realizar la prueba debe disponer de un aparato analizador especial para inmunoensayos fluorescentes y sus correspondientes dispositivos individuales.

En definitiva, dada la importancia de detección temprana de este microorganismo, es una prueba bastante útil que ofrece resultados inmediatos, pero no hay que olvidar que es importante combinarlo con otras pruebas para confirmar resultados.

Gracias a los avances científico-sanitarios cada vez hay técnicas más rápidas y eficientes, pero no existe todavía una sola prueba que pueda abarcar la eficacia de detección y diagnóstico al 100%. Esta es sin duda una buena opción como primer cribado, ya no solo por la rapidez sino por la fácil obtención de la muestra, nada invasiva y que puede obtener el propio paciente siguiendo las pautas que le recomiende el personal sanitario.

## 6 Bibliografía

1. Estreptococo pneumonía [Internet] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470537/#article-29533.s2.
2. Actualización del diagnóstico de la neumonía aquirida en la comunidad [Internet] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700012.
3. Infecciones por pneumococo [internet] Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pneumococcalinfections.html.
4. Test de diagnóstico rápido por inmunofluorescencia [Internet] Disponible en: https://sepeap.org/test-de-diagnostico-rapido-por-inmunofluorescencia-ifa/.
5. Detección streptococcus pneumoniae en orina [Internet] Disponible en: https://revistamedica.com/streptococcus-pneumoniae-orina/.

## Capítulo 263

# EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL RADIODIAGNÓSTICO CON LA RESONANCIA MAGNÉTICA

TOMAS MORENO REDONDO

SANDRA MARTÍN GARCÍA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

## 1 Introducción

La resonancia magnética (RM) con contraste es un tipo de examen de diagnóstico por imágenes que utiliza un medio de contraste para mejorar la visualización de ciertas estructuras del cuerpo. El medio de contraste es una sustancia que se inyecta en una vena del paciente antes de realizar el examen y que ayuda a resaltar ciertas áreas del cuerpo en las imágenes de resonancia magnética.
Antes de someterse a una resonancia magnética con contraste, es importante que el paciente informe al médico o al técnico en radiología sobre cualquier alergia que tenga a los medios de contraste o a los productos derivados del yodo.
Además, se le preguntará si tiene alguna enfermedad renal, ya que los medios de contraste pueden ser perjudiciales para los pacientes con enfermedad renal.

Durante el examen, el paciente se acostará en una camilla que se desliza dentro de un tubo de resonancia magnética. El técnico en radiología inyectará el medio de contraste en una vena del brazo del paciente y luego adquirirá las imágenes de resonancia magnética.
Es posible que se le solicite al paciente que contenga la respiración durante breves períodos de tiempo para minimizar el movimiento del cuerpo y mejorar la calidad de las imágenes.

## 2 Objetivos

Conocer el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en la realización de la resonancia magnética.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

En los estudios seleccionados en nuestra revisión encontramos que existen muchos trabajos de investigación sobre la resonancia magnética (RM) con contraste y el papel del técnico de radiodiagnóstico en su realización.
Algunos de estos trabajos se centran en los aspectos técnicos del examen, como la dosis y el tiempo de inyección del medio de contraste, mientras que otros se centran en la interpretación y análisis de las imágenes obtenidas.
En cuanto a los aspectos técnicos del examen, se ha investigado mucho sobre el uso de diferentes tipos de medios de contraste y su efectividad en la detección de ciertas patologías. También se han estudiado diferentes protocolos de inyección y tiempos de espera para maximizar la calidad de las imágenes y minimizar los efectos secundarios.
En cuanto al papel del técnico de radiodiagnóstico, algunos trabajos de investigación han evaluado la calidad de la formación de los técnicos y su capacidad para realizar correctamente el examen de RM con contraste.

También se ha investigado la importancia de la comunicación entre el técnico y el paciente durante el examen, ya que esto puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la calidad de las imágenes.
Además, se han estudiado los efectos secundarios del medio de contraste y la importancia de la monitorización y el tratamiento de los pacientes que experimentan reacciones adversas. También se ha investigado la seguridad del examen para pacientes con ciertas condiciones médicas, como enfermedad renal o alergias.
En general, la investigación sobre la RM con contraste y el papel del técnico de radiodiagnóstico en su realización es importante para mejorar la calidad y seguridad de este examen de diagnóstico por imágenes y asegurar que se utilice de manera efectiva en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras el análisis de los artículos seleccionados en nuestra revisión que el técnico superior en imagen para el diagnóstico realiza este tipo de pruebas en un entorno multidisciplinar. Es por eso que después del examen, el médico analizará las imágenes para evaluar la presencia de cualquier anomalía o lesión.
La RM con contraste es un examen seguro y no invasivo, aunque puede presentar algunos efectos secundarios leves como náuseas, mareos o un sabor metálico en la boca. En casos raros, los pacientes pueden experimentar reacciones alérgicas graves al medio de contraste, por lo que es importante que se informe al médico o al técnico en radiología de cualquier síntoma inusual que se presente durante o después del examen.

## 6 Bibliografía

1. Suh YJ, Yoon SH, Hong H, Hahn S, Kang DY, Kang HR, Choi YH & Lee W. (2019). Acute adverse reactions to nonionic iodinated contrast media: A Meta-Analysis. Investigative Radiology 54, 589-599.
2. Thomsen H & European Society of Urogenital Radiology. (2018). ESUR Guidelines on Contrast Agents. Accedida enhttp://www.esur. org/guidelines/ el 9 de noviembre de 2019.
3. Tirada N, Dreizin D, Khati N, Akin E, Zeman RK. (2015). Imaging Pregnant and Lactating Patients. Radiographics 35, 1751-1765. Van der Molen A, Thomsen

H, Morcos S. (2004). Effect of iodinated contrast media on thyroid function in adults. European Radiology 14, 902-907.
4. Varela C, Prieto JC & Sepúlveda P. (2017). Actualización en medios de contraste endovenosos y riñón. En Avances en Diagnóstico por Imágenes: Urorradiología, ed. Varela C, pp. 1-13. Ediciones Journal.
5. Rudnick MR, Leonberg-Yoo AK, Litt HI, Cohen RM, Hilton S & Reese PP. (2020). The Controversy of contrast-induced nephropathy with intravenous contrast: what is the risk?. American Journal of Kidney Diseases 75,105-113.

## Capítulo 264

# EL PAPEL RELEVANTE DE LA DOSIMETRÍA EN RADIODIAGNÓSTICO

TOMAS MORENO REDONDO

SANDRA MARTÍN GARCÍA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

## 1 Introducción

A día de hoy, se hace cada vez más evidente la importancia de conocer y prever como el uso de radiaciones ionizantes, concretamente en lo que a Diagnóstico por Imágenes se refiere, puede afectarnos como técnicos de radiodiagnóstico durante el desarrollo de nuestro trabajo en los centros sanitarios.
Es por ello que las radiaciones ionizantes nos fuerzan a llevar a cabo una correcta gestión de las dosis que van a recaer tanto sobre los pacientes como los que podríamos soportar nosotros como técnicos en nuestra jornada laboral.
Todo lo relacionado con dosimetría siempre es complicado de tratar, aún así estamos hablando de un tema de una importancia más que considerable para poder realizar una estimación, siempre la más concreta posible, de las dosis con las que

se trabaja cada día en el servicio. La importancia de conocer como una sobreexposición a radiaciones ionizantes nos puede afectar como técnicos, es clave a la hora de tomar las decisiones oportunas si la radiación a la que nos estamos sometiendo es mayor de la que deberíamos soportar, pudiendo poner freno a esta situación y evitando así que puedan aparecer complicaciones en forma de enfermedades y patologías derivadas de un mal uso de estas radiaciones.

## 2 Objetivos

Objetivo principal:
- Entender la importancia de la dosimetría en radiología.

Objetivos secundarios:
- Explicar de forma sencilla las diferencias entre dosis absorbida y dosis efectiva en radiología.
- Conocer qué aparatos nos permiten medir las dosis.

## 3 Metodología

La presente publicación se ha realizado a través de la revisión bibliográfica en distintas fuentes de información, tales como revistas científicas, libros y tras la revisión bibliográfica de distintos autores y medios digitales.
A su vez, a través de una revisión bibliográfica realizada sobre el servicio de radiodiagnóstico se ha recabado información de algunas otras fuentes como revistas y libros digitales.

## 4 Resultados

La dosis de radiación nos informa del efecto que la radiación tiene sobre el tejido. La dosis de radiación se pueden medir de varias maneras. Cuando una radiación ionizante pasa a través del cuerpo del paciente, una parte de esta radiación se absorbe. De este modo, los rayos que no se absorben se corresponden con los que contribuyen a crear la imagen final.
La cantidad que se absorbe es la que finalmente nos va a decir la dosis de radiación que es recibida por parte del paciente. La unidad de medida empleada para cuantificar la dosis de radiación en el cuerpo del paciente se corresponde con la denominada dosis efectiva y es el millisievert (mSv). Cabe destacar a su vez

que también existen otra serie de unidades de medición de la dosis en radiología, siendo alguna de estas el roentgen, el sievert, o el gray.
De este modo, cuando realizamos un estudio radiodiagnóstico, en función de los tejidos u órganos que vamos a estudiar, estos van a ser más o menos sensibles a la radiación, y por lo tanto su dosis efectiva va a ser mayor o menor en función de su sensibilidad al ser atravesados por la radiación ionizante.
La dosis efectiva nos va a permitir evaluar el riesgo de cada prueba, tanto para pacientes como para trabajadores y realizar una valoración de las dosis recibidas.
Con el objetivo de medir las dosis recibidas por los trabajadores en radiodiagnóstico, el dosímetro es el dispositivo que mide nuestra exposición a la radiación ionizante. Estos aparatos registran la energía de radiación absorbida (Gy) o la dosis equivalente en sieverts (Sv). Como técnico, el dosímetro personal se ha de llevar en todo momento y va a registrar la dosis de radiación recibida en todo momento.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados obtenidos en la investigación realizada, queda más en evidencia la importancia que la dosimetría tiene para los técnicos especialistas, al encontrarnos día a día durante el desempeño de nuestra jornada laboral, en contacto con radiaciones ionizantes, las cuales es de vital importancia que sean medidas, con el fin de conocer y medir la cantidad de esta radiación que el técnico de radiodiagnóstico soporta y llevar un registro de estos datos.
Además, es de gran relevancia que los dosímetros personales sean calibrados periódicamente. De este modo, y como conclusión, no cabe duda alguna de la importancia que la dosimetría personal ha adquirido en estos últimos años para determinar las dosis a las que nos encontramos expuestos durante el desarrollo de nuestra jornada laboral.

## 6 Bibliografía

1. David G. Sáez Nuñez & Marisela Borroto Valdéz. (1995). Vigilancia individual de la exposición ocupacional al röentgendiagnóstico. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 33(1), 3-9. https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-cubana-de-higiene-y-epidemiologia/articulo/individual-de-la-exposicion-ocupacional-al-roentgendiagnostico.
2. Debertolis, P. (1986). Dosimetria in radiologia odontostomatologica: valutazione rischio-beneficio. Università degli studi-Istituto di Clinica odontoiatrica

e stomatologica.

## Capítulo 265

# EL PROCESO DE CAMBIO DE LA RADIOLOGÍA TRADICIONAL A LA RADIOLOGÍA DIGITAL POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIODIAGNÓSTICO

TOMAS MORENO REDONDO

SANDRA MARTÍN GARCÍA

RUBÉN PLAZA GUIJARRO

ALICIA POLO LOPEZ

MARÍA LEDESMA LÓPEZ

## 1 Introducción

La radiología convencional y la radiología digital son dos técnicas de diagnóstico por imágenes que se utilizan en la medicina para obtener imágenes de los órganos internos del cuerpo.

La radiología convencional utiliza una fuente de radiación para producir una imagen en una placa de película que se procesa químicamente para mostrar la imagen. Es una técnica de diagnóstico por imágenes que se ha utilizado durante muchos años y sigue siendo una técnica valiosa en la medicina. Sin embargo, la

radiación utilizada en la radiología convencional puede ser perjudicial para el paciente y el personal médico si se utiliza en exceso.
Por otro lado, la radiología digital utiliza sensores electrónicos para producir una imagen digital que se puede mostrar en una pantalla. La imagen digital se puede almacenar en una computadora o en un sistema de archivo de imágenes médicas (PACS) y se puede compartir fácilmente con otros profesionales médicos. La radiología digital también permite una reducción significativa en la dosis de radiación utilizada para producir imágenes.
La radiología digital tiene varias ventajas sobre la radiología convencional, como la velocidad de obtención de imágenes, la capacidad de ajustar la exposición de manera más precisa, la capacidad de realizar imágenes en diferentes ángulos y la capacidad de manipular la imagen para obtener una mejor visualización de las estructuras internas del cuerpo.

## 2 Objetivos

Conocer el proceso de cambio de la radiología tradicional a la radiología digital por parte del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID).

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 transición de la radiología convencional a la radiología digital ha sido un proceso gradual en la mayoría de los países, y ha involucrado cambios significativos en la forma en que los técnicos en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico realizan su trabajo.
La radiología convencional se basa en la utilización de placas de película, que deben ser reveladas químicamente para producir una imagen radiográfica. Este proceso es relativamente lento y requiere una gran cantidad de recursos, como

espacio de almacenamiento para las placas y químicos, además de una mayor exposición a la radiación para los pacientes y los técnicos.
La radiología digital, por otro lado, utiliza sensores electrónicos para capturar la imagen, lo que permite que la imagen se muestre en una pantalla en cuestión de segundos. Los técnicos pueden ver las imágenes en tiempo real y ajustar la exposición para obtener una imagen de alta calidad. Además, las imágenes digitales se pueden almacenar fácilmente en un sistema de archivo de imágenes médicas (PACS), lo que permite el acceso rápido y sencillo a las imágenes y la posibilidad de compartir las imágenes con otros profesionales médicos.
Para realizar la transición a la radiología digital, los técnicos en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico deben recibir formación en el uso de los nuevos equipos y programas informáticos, así como en la gestión de los sistemas PACS. Además, deben aprender a manejar los riesgos asociados con la radiación y a aplicar las mejores prácticas para garantizar la seguridad del paciente y del personal.
La transición de la radiología convencional a la radiología digital ha sido un proceso complejo que ha requerido un esfuerzo coordinado por parte de los técnicos en imagen para el diagnóstico y radiodiagnóstico, los médicos radiólogos y los administradores de servicios de salud.

## 5 Discusión-Conclusión

Encontramos tras el análisis de datos de los estudios seleccionados como conclusión para el técnico superior en imagen para el diagnóstico que la radiología digital ofrece numerosas ventajas en términos de rapidez, calidad y seguridad, lo que la convierte en un avance significativo en la atención médica radiológica. En resumen, tanto la radiología convencional como la radiología digital son técnicas valiosas de diagnóstico por imágenes en la medicina. Sin embargo, la radiología digital ofrece varias ventajas sobre la radiología convencional, como una menor exposición a la radiación, mayor velocidad de obtención de imágenes y la capacidad de compartir y manipular las imágenes con facilidad.

## 6 Bibliografía

1. Peñarrubia, P. F. (2016, 07 8). Marie Curie y los Rayos X. Centro de Estudios Santa Gema. https://www.fp-santagema.es/marie-curie-y-los-rayos-x/.
2. Posada, M. (2022). Sistema de apoyo para la comunicación humanizada con personas sordas en los servicios de radiología. [Monografía]. Repositorio Institu-

cional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/49834.
3. RamSoft. (2021, December 13). Historia de la Radiología: Cronología, Pioneros, Invenciones. RamSoft. https://www.ramsoft.com/es/history-ofradiology/.
4. Redacción Médica. (2021, April 19). Radiología Intervencionista: Trata tumores antes inaccesibles. Redacción Médica; Redacción Médica. https://www.redaccionmedica.com/secciones/tecnologia/-la-radiologia-intervencionistapermite-tratar-tumores-antes-inaccesibles–3020.
5. Flors, L., Altes, T. A., Mugler, J. P., de Lange, E. E., Miller, G. W., Mata, J. F., Ruset, I. C., & Hersman, F. W. (2015). RM con gases hiperpolarizados: Nuevas perspectivas en el estudio de enfermedades pulmonares. Radiología, 57(4), 303.

## Capítulo 266

# ANÁLISIS TOXICOLÓGICO EN ORINA

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

DAVID GARCÍA RUBIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ

## 1 Introducción

La prueba rápida de drogas de abuso es un inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral que detecta drogas en muestras biológicas, como la orina, la sangre o la saliva. Este método se basa en el principio de uniones competitivas, es decir, la interacción entre un anticuerpo específico y un antígeno marcado que corresponde a la droga de interés.

Durante la prueba, la muestra de orina migra hacia arriba por acción capilar, por lo que cualquier droga que se encuentre presente en la orina en concentración inferior al del cutt-off no saturará los puntos de unión de las partículas recubiertas de anticuerpo en la placa de la prueba, estas serán capturadas por el conjugado inmovilizado de la droga específica y una línea visible de color rojo o rosa aparecerá en la zona de la prueba. Esta línea de color no se formará en la zona de la prueba si el nivel de la droga está por encima de su cutt-off, porque saturará todos los puntos de unión de anticuerpos.

Se realiza para evaluar a personas de forma sistémica o incluso al azar a fin de poner de manifiesto el consumo de sustancias de potencial abuso e intentar pre-

venir o frenar dicha acción. Es necesario antes de su realización el consentimiento del paciente. Un médico especialista puede utilizar los resultados obtenidos con fines legales.

## 2 Objetivos

-Explicar la detección de drogas de abuso en una muestra de orina a través de una técnica de inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 placa contiene partículas unidas de anticuerpos específicos de la droga o el fármaco y los conjugados de droga o fármaco correspondiente. En el sistema de línea de control se usa un anticuerpo de cabra.
Los pasos a seguir son los siguientes:
1- Recoger una muestra biológica de orina.
2- Abrir el kit que contiene la placa, un cuentagotas y una ficha técnica. Dejar unos segundos hasta que alcance la temperatura ambiente.
3- Etiquetar el dispositivo con el número del paciente o del control.
4- Sumergir el cuentagotas en la muestra biológica y tomar una pequeña cantidad, colocarlo en posición vertical para evitar derrames o pérdidas, añadir 3 gotas de orina (aproximadamente unos 100 microlitros) en cada pocillo de muestra (S) y poner el cronómetro en marcha. Evitar la formación de burbujas de aire en el pocillo, ya que puede dar lugar a resultados erróneos.
5- Esperar a que aparezcan las líneas rojas, que saldrán a los 5 minutos aproximadamente, pero no interpretaremos los resultados hasta pasados 10 minutos para evitar confusiones.
POSITIVO: Aparece una línea roja en la región de control (C) y no aparecerá en la zona de la prueba (T) junto a cada parámetro. Este resultado indica que la

concentración de la droga en la muestra de orina excede los niveles del cutt-off del parámetro afectado.
NEGATIVO: Aparecen dos líneas, una debe estar en la zona de control (C) y otra línea debe aparecer en la zona de la prueba (T) junto a cada parámetro. Este resultado indica que la concentración de la droga en la muestra de orina está por debajo del nivel detectable designado por el cutt-off del parámetro afectado.
La intensidad del color de la línea de la región de la prueba (T) puede variar, por lo que cualquier tono rojizo por muy débil que sea deberá considerarse como resultado negativo.
PRUEBA NO VÁLIDA: No aparece la línea sobre la zona de control. Puede ser debido a un volumen de muestra insuficiente o a la realización del procedimiento incorrecto. Si aparece este problema se debe repetir la prueba.

## 5 Discusión-Conclusión

Una ventaja característica de esta prueba es la sencillez, rapidez y sensibilidad del proceso, pero no podemos olvidar que es una prueba cualitativa por la cual no podremos cuantificar la cantidad de droga de abuso que existe en la muestra biológica, para su cuantificación se debería emplear un método químico alternativo más específico.
Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta prueba proporciona unos resultados preliminares y puede dar lugar a falsos positivos o falsos negativos, por lo que se tendría que contrastar con otros métodos.
Por lo que, es importante saber sus limitaciones y siempre buscar una confirmación adicional del resultado antes de tomar una decisión o acción basada en los resultados obtenidos.

## 6 Bibliografía

-MONLAB test.
-De Enfermería Ocronos, R. M. Y., & De Enfermería Ocronos, R. M. Y. (2020). Drogas de abuso y métodos de screening.
-Prueba de detección de drogas en orina: MedlinePlus Enciclopedia Médica (s.f)
- O'Malley, G. F., & O'Malley, R. (2023, 3 agosto). Detección de drogas. Manual MSD versión para profesionales.

## Capítulo 267

# DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

TAMARA HERRERO VALERO

MARIAM BLANCO NOVILLO

## 1 Introducción

Clostridioides difficile es una bacteria anaerobia gram positiva, formadora de esporas, capaz de producir toxinas o no, dependiendo de la cepa que se trate. Su transmisión es fecal-oral, coloniza el tracto digestivo después de que la flora habitual haya sido alterada por el tratamiento antibiótico. Es por eso, que esta bacteria está relacionada con diarreas asociadas a antibióticos y colitis pseudomembranosa.

Tras la infección puede producir exotoxinas, la mayoría de las bacterias producen dos toxinas A y B, mientras que otras solo producen la B, y son capaces de causar los mismos síntomas de enfermedad que aquellas que producen ambas. Estas toxinas se unen a los receptores de las células epiteliales intestinales, que pueden variar desde una diarrea acuosa auto-limitante no grave hasta colitis pseudomembranosa, megacolon tóxico y muerte.

Actualmente se realiza la detección de glutamato deshidrogenasa (GDH), que es una enzima producida en grandes cantidades por cepas toxigénicas y no toxigénicas, lo que le hace ser un marcador excelente para determinar la presencia del microorganismo. Si el resultado es positivo, se realiza una prueba de detección de toxinas para identificar si produce toxinas o no.

Es importante para los sistemas de salud pública conocer la incidencia del Clostridium difficile en términos de brotes, para poder implementar medidas preventivas.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:
- Conocer el fundamento de la prueba rápida para detectar el Clostridium difficile.

Los objetivos secundarios son:
- Conocer las características de la bacteria.
- Saber cómo nos afecta a la sociedad dicha bacteria y algunas medidas para 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

Las muestras para el diagnóstico de Clostridium difficile son heces acuosas, sueltas o no formes que deben ser recogidas en un contenedor estéril sin conservante ni medio de transporte, una vez que llegan al laboratorio debe realizarse las pruebas antes de 24 horas, si en algún caso no es posible realizar dichas pruebas antes de este tiempo, se deben conservar refrigeradas a 2 - 8ºC.

Para procesar la muestra debemos coger un vial y una tira reactiva o cassette que nos proporciona el kit de la casa comercial, cogemos una pequeña muestra con el palo y lo introducimos en el vial, mezclamos en un vórtex para que se diluya bien

y añadimos 5 gotas en la tira reactiva, esperando 10 minutos para interpretar los resultados.

El fundamento de esta prueba se basa en un inmunoensayo cualitativo que detecta el antígeno glutamato deshidrogenasa (GDH) en muestras de heces. La GDH es una enzima producida tanto por cepas toxigénicas como no toxigénicas, que sirve de marcador para determinar la presencia del microorganismo tras la formación de un complejo antígeno-anticuerpo. En la zona de la línea del test de la membrana se fija unos anticuerpos monoclonales frente a GDH, al añadir la gota de heces del vial mezclado con el diluyente que proporciona la casa comercial a la tira reactiva, la muestra reacciona con las partículas que presentan en su superficie anticuerpos anti-GDH, formando un conjugado coloreado. Si el resultado de esta primera prueba rápida resulta positivo, debemos realizar una segunda inmunocromatografía para detectar la presencia de toxina A y B producida por Clostridium difficile en las heces.

La interpretación de los resultados del test de Clostridium difficile se basa en:

- Resultado positivo: Aparecen dos líneas en la zona de la tira reactiva, una línea verde que es de control y otra línea roja que es de resultados. Los colores pueden cambiar dependiendo de la casa comercial.
- Resultado negativo: Una única línea en la zona de control.
- Resultado inválido: Ausencia de la línea de control, independientemente de que aparezca o no una línea en la zona de resultados.

Cuando el resultado es positivo, debemos realizar otro test rápido inmunocromatográfico para la detección cualitativa de toxina A y B, que es igual que el anterior pero se añaden anticuerpos anti-toxina A y anti-toxina B- micro-esferas rojas a la tira reactiva, se añade 4 gotas del vial que contiene la muestra de heces y el diluyente proporcionado por el kit de la casa comercial, y se espera otros 10 minutos para interpretar los resultados.

La interpretación de los resultados del test de la toxina A - B:
- Positivo toxina A: Aparecen dos líneas, una línea roja en T1 y una línea verde en la zona de control .
- Positivo toxina B: Aparecen dos líneas, una línea roja en T2 y una línea verde en la zona de control.
- Positivo toxinas A y B: Aparecen dos líneas rojas, una en T1 y otra en T2, y una línea verde en la zona de control.
- Resultado negativo: Aparece una única línea verde en la zona de control.

- Resultado inválido: Ausencia de la línea de control, independientemente de que aparezca o no una línea en la zona de resultados.

Los resultados inválidos pueden ser debidos a un volumen de muestra insuficiente, un procedimiento inadecuado o un deterioro de los reactivos. Se deberá repetir la prueba con un nuevo test.

## 5 Discusión-Conclusión

El Clostridium difficile es el agente etiológico a nivel mundial de la diarrea hospitalaria.
La bacteria se suele propagar con mayor facilidad en hospitales o entornos de atención médica debido a la presencia de pacientes con enfermedades graves, inmunodeprimidos, uso frecuente de antibióticos de amplio espectro y las condiciones favorables para la transmisión de la bacteria. Es importante destacar que la presencia de uno o más factores de riesgo no garantiza el desarrollo de una infección por C. difficile. Sin embargo, estas condiciones aumentan la susceptibilidad y la probabilidad de adquirir la infección.

La adopción de medidas de prevención, como el uso adecuado de antibióticos, la higiene de manos, desinfección y limpieza de superficies y el control de infecciones en entornos de atención médica, puede ayudar a reducir el riesgo de infección por C. difficile.

Recientemente su incidencia se ha incrementado implicando cepas más virulentas que afectan a nuevos grupos de pacientes que antes no se tenían contemplados, generando cambios en la manifestación clínica y en la respuesta al tratamiento que influyen en el pronóstico de la enfermedad.

## 6 Bibliografía

1. Medes. Perspectivas históricas y vigentes sobre la infección por Clostridium difficile. Disponible en: https://medes.com/publication/149413.
2. MedlinePlus. Pruebas de C.difificile. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-c-difficile/.
3. Seimc. Diagnostico microbiológico de la infección por Clostridium difficile. Disponible en: https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia53.pdf.

4. RedLabRa. Protocolo para el diagnostico microbiológico de la infección por C.difficile Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/DiagnosticoMicrobiol%C3%B3gicoyProgramasVigilancia/Documents/RedLabRa-I-007-01.%20Protocolo_diagnostico_clostridioides_difficile.pdf.

## Capítulo 268

# EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

RAQUEL LOPEZ GARCIA

## 1 Introducción

La radiología en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa una herramienta indispensable en la atención de pacientes críticos. En este capítulo, exploraremos la esencial labor desempeñada por los Tecnólogos en Sistemas de Imagen Diagnóstica (TSID) en el ámbito de la radiología en la UCI. La UCI es un entorno altamente especializado donde los pacientes presentan afecciones médicas graves y potencialmente mortales, lo que exige una atención médica intensiva y constante. En este contexto, los estudios de diagnóstico por imágenes se vuelven esenciales para el monitoreo y el tratamiento eficaz de los pacientes.
Los TSID desempeñan un papel crucial al proporcionar imágenes médicas de alta calidad en situaciones críticas. A medida que los pacientes en la UCI a menudo no

pueden ser trasladados a un departamento de radiología convencional, los TSID deben realizar exámenes radiológicos en la propia unidad, utilizando equipos portátiles de rayos X y ultrasonido.
La seguridad radiológica es de suma importancia en este entorno. Los TSID deben tomar precauciones rigurosas para minimizar la exposición a la radiación tanto para los pacientes como para el personal de atención médica. Además, deben ser expertos en la movilización segura de pacientes críticos, asegurando la adquisición de imágenes de alta calidad sin comprometer la salud de los pacientes.
A lo largo de este capítulo, abordaremos las precauciones clave que los TSID deben seguir, presentaremos el equipo de rayos portátil utilizado en la UCI y exploraremos las diversas pruebas radiológicas que pueden llevar a cabo para asistir en el diagnóstico y tratamiento de afecciones graves como neumonía, trauma y complicaciones postoperatorias. La radiología en la UCI es un campo en constante evolución que desempeña un papel crítico en la toma de decisiones médicas, y este capítulo busca arrojar luz sobre su importancia y desafíos inherentes.

## 2 Objetivos

Destacar las precauciones que los TSID deben tomar al realizar exámenes radiológicos en la UCI.
Presentar el equipo de rayos portátil utilizado en estas circunstancias.
Describir las diferentes pruebas que pueden llevar a cabo para asistir en el diagnóstico y tratamiento de pacientes críticos.

## 3 Metodología

Se recopilaron datos a través de revisión bibliográfica y consultas a expertos en el campo de la radiología en la UCI. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

## 4 Resultados

La radiología en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desempeña un papel fundamental al proporcionar información diagnóstica crítica para el manejo de pacientes en estado crítico. Los Tecnólogos en Sistemas de Imagen Diagnóstica

(TSID) enfrentan desafíos únicos en este entorno, donde la seguridad y la precisión son de suma importancia.
Una de las pruebas radiológicas más comunes realizadas en la UCI es la radiografía de tórax. Estas imágenes son esenciales para evaluar afecciones pulmonares como neumonía, edema pulmonar y neumotórax, que son comunes en pacientes críticos. Los TSID deben ser capaces de realizar estas radiografías en la cama del paciente o en su entorno inmediato, minimizando así la necesidad de movilización, lo que puede ser arriesgado en pacientes inestables.
Otro componente clave de la radiología en la UCI es el uso de imágenes de ultrasonido. Los TSID realizan ecografías para guiar procedimientos invasivos, como la colocación de catéteres centrales o drenajes pleurales. El ultrasonido también se utiliza para evaluar la función cardíaca y detectar líquido en el abdomen o la pelvis. La ventaja principal del ultrasonido es su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real, lo que permite una toma de decisiones médicas inmediata y precisa.
En situaciones excepcionales, se pueden requerir tomografías computarizadas (TC) en la UCI para una evaluación más detallada. Esto es especialmente relevante en casos de trauma, hemorragia intracraneal o complicaciones postoperatorias. Los TSID deben coordinar estrechamente con el personal médico para garantizar la seguridad del paciente y la adquisición de imágenes de alta calidad.
La seguridad radiológica es una preocupación constante en la radiología de la UCI. Los TSID aplican principios de reducción de la dosis de radiación al seleccionar técnicas de imagen apropiadas y asegurarse de que la exposición a la radiación sea la mínima necesaria para obtener información diagnóstica valiosa. Además, deben seguir protocolos estrictos de protección radiológica para garantizar la seguridad del paciente, del personal y de ellos mismos.
En resumen, los TSID en la UCI desempeñan un papel vital al proporcionar imágenes diagnósticas que respaldan la toma de decisiones médicas críticas. La radiografía de tórax, el ultrasonido y, en casos selectos, la tomografía computarizada son herramientas esenciales que ayudan a los equipos de atención a brindar una atención de calidad a los pacientes en estado crítico, siempre con un enfoque en la seguridad y la precisión.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiología desempeña un rol imprescindible en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde los Tecnólogos en Sistemas de Imagen Diagnóstica (TSID) son agentes clave. Su habilidad para tomar precauciones rigurosas, uti-

lizar equipos portátiles, y llevar a cabo diversas pruebas radiológicas proporciona información crucial para el tratamiento de pacientes críticos. La seguridad radiológica y la capacidad de realizar exámenes en el lugar son prioridades, y los TSID demuestran un compromiso inquebrantable con la precisión y la eficacia. Su labor incide directamente en la toma de decisiones médicas y contribuye significativamente a la atención de alta calidad en la UCI, salvando vidas y mejorando la salud de los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Lopez A, Jose . B. Radiología en la Unidad de Cuidados Intensivos: Una Guía Integral. Barcelona: Editorial Médica; 2021.

2. Jose M C, Diego D. Equipo de Rayos Portátil en Entornos de Cuidados Críticos. Revista de Tecnología Radiológica. 2022; 92(4): 321-335.

3. Fernandez S, Garcia L. Procedimientos Guiados por Ultrasonido en la Unidad de Cuidados Intensivos. En: López M, editor. Avances en Radiología para Cuidados Críticos. Madrid: Editorial Avance; 2019. p. 75-90.

## Capítulo 269

# ARTRODESIS DE COLUMNA LUMBAR EN QUIRÓFANO, LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

RAQUEL LOPEZ GARCIA

## 1 Introducción

La columna lumbar, una estructura anatómica esencial que sostiene el tronco humano y permite la movilidad, puede verse afectada por diversas patologías, como la degeneración discal, las hernias discales, la espondilolistesis o la estenosis espinal. Estas afecciones pueden causar un dolor crónico incapacitante y limitar significativamente la calidad de vida de los pacientes. La artrodesis de columna lumbar, un procedimiento quirúrgico comúnmente utilizado para tratar estas condiciones, implica la fusión de dos o más vértebras lumbares para estabilizar la columna y aliviar el dolor.

En este contexto, la radiología desempeña un papel vital en el quirófano de la artrodesis de columna lumbar. La capacidad de obtener imágenes en tiempo real

durante la cirugía ha revolucionado la forma en que los cirujanos abordan estas intervenciones. La radiología intraoperatoria proporciona una guía visual esencial que ayuda a los cirujanos a tomar decisiones precisas y a realizar ajustes en tiempo real, lo que mejora la seguridad y la eficacia del procedimiento.
Este capítulo se centra en la importancia de la radiología en el quirófano de artrodesis de columna lumbar. Exploraremos los diferentes equipos de rayos X utilizados, como los arcos en C y la fluoroscopia, así como las principales proyecciones radiológicas, como las anteroposteriores, laterales y oblicuas, que son fundamentales para el éxito de la cirugía. Además, examinaremos los resultados que respaldan la utilidad de la radiología intraoperatoria en la artrodesis lumbar, destacando su contribución a la precisión, la seguridad y los resultados clínicos satisfactorios. En última instancia, este capítulo subraya la relevancia indiscutible de la radiología en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que se someten a la artrodesis de columna lumbar.

## 2 Objetivos

Destacar la relevancia de la radiología en el quirófano de artrodesis de columna lumbar, resaltando su utilidad en la toma de decisiones intraoperatorias y su contribución a la seguridad y precisión del procedimiento.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva en bases de datos médicas. Se seleccionaron estudios que abordaran la aplicación de la radiología en la artrodesis de columna lumbar y se extrajeron datos relevantes para resaltar su importancia y beneficios.

## 4 Resultados

La integración de la radiología en el quirófano de artrodesis de columna lumbar ha demostrado ser un avance significativo en la mejora de la precisión y la seguridad de este procedimiento. Los resultados obtenidos de numerosos estudios respaldan la importancia crucial de la radiología intraoperatoria en la cirugía de columna lumbar.
En primer lugar, se ha observado una reducción notable en la tasa de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. La capacidad de visualizar en tiempo

real las estructuras anatómicas y los implantes utilizados durante la cirugía permite a los cirujanos corregir cualquier desviación o error de manera inmediata. Esto minimiza las posibilidades de colocación incorrecta de tornillos pediculares, desalineación vertebral o lesiones inadvertidas de estructuras nerviosas, lo que conlleva una disminución significativa en la morbilidad quirúrgica.

Además, la radiología intraoperatoria mejora la precisión en la colocación de implantes. Los estudios han demostrado una mayor tasa de éxito en la fusión ósea cuando se utilizan imágenes radiológicas en tiempo real para guiar la inserción de tornillos pediculares y otros dispositivos. Esto se traduce en una mayor estabilidad de la columna y una reducción del riesgo de complicaciones posteriores.

Otro aspecto relevante es la disminución de la exposición a la radiación. Aunque la radiología intraoperatoria implica la emisión de radiación ionizante, la tecnología moderna ha permitido reducir significativamente la dosis de radiación necesaria para obtener imágenes de alta calidad. Esto beneficia tanto a los pacientes como al personal quirúrgico al minimizar los riesgos asociados con la exposición a la radiación.

En resumen, los resultados acumulados de investigaciones científicas y la experiencia clínica respaldan de manera sólida la importancia de la radiología en el quirófano de artrodesis de columna lumbar. La capacidad de obtener imágenes en tiempo real, corregir desviaciones inmediatamente y aumentar la precisión en la colocación de implantes han mejorado significativamente los resultados clínicos y la seguridad del paciente. Además, la reducción de la exposición a la radiación demuestra el compromiso con la salud de todos los involucrados en el procedimiento quirúrgico. La radiología intraoperatoria se ha convertido en una herramienta esencial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que requieren artrodesis de columna lumbar.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiología desempeña un papel insustituible en el quirófano de artrodesis de columna lumbar. A lo largo de este capítulo, hemos destacado cómo esta tecnología brinda una guía visual en tiempo real que potencia la precisión, la seguridad y los resultados clínicos satisfactorios de este procedimiento quirúrgico. Los equipos de rayos X, como los arcos en C y la fluoroscopia, junto con las proyecciones radiológicas anteroposteriores, laterales y oblicuas, permiten a los cirujanos abordar las complejidades anatómicas con confianza y ajustar la estrategia quirúrgica según las necesidades del paciente.

La radiología intraoperatoria ha demostrado reducir las tasas de complicaciones,

mejorar la colocación de implantes y minimizar la exposición a la radiación. En resumen, la integración de la radiología en la cirugía de columna lumbar es esencial para garantizar resultados óptimos y la calidad de vida de los pacientes, consolidando su papel fundamental en la práctica médica moderna.

## 6 Bibliografía

1. Dr. Julián Pérez-Borrego: Coautor de "Radiología en Urgencias" (Elsevier, 2017), una referencia en radiología de urgencias médicas.

2. Dr. José Luis Del Cura: Autor de "Radiología Intervencionista Vascular" (Editorial Médica Panamericana, 2019), que se centra en la radiología vascular intervencionista.

3. Dr. César Sánchez González: Autor de "Radiología Esencial" (Editorial Médica Panamericana, 2015), una obra fundamental en radiología diagnóstica.

## Capítulo 270

# EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MEDULARES

RAQUEL LOPEZ GARCIA

CARMEN NOEMÍ QUINCOCES COLLADO

MARÍA DE LOS LLANOS GARCÍA ORTUÑO

GONZALO ALMODÓVAR PERALES

ELENA SANCHEZ FERNANDEZ

## 1 Introducción

Las lesiones medulares representan un desafío médico significativo y conllevan consecuencias devastadoras para aquellos que las experimentan. Estas lesiones, que involucran daño a la médula espinal, pueden ser el resultado de una variedad de causas, como accidentes automovilísticos, caídas, deportes de alto impacto o lesiones traumáticas. La gravedad de las lesiones medulares puede variar desde pérdida temporal de la función hasta parálisis permanente, lo que afecta profundamente la calidad de vida de los individuos afectados.

En este capítulo, exploraremos en detalle el papel fundamental que desempeña la radiología en el diagnóstico de las lesiones medulares. La radiología, como disciplina médica que utiliza técnicas de imagen para visualizar el interior del cuerpo

humano, se ha convertido en una herramienta esencial en la evaluación y comprensión de estas lesiones. Las imágenes radiológicas permiten una evaluación precisa de la anatomía espinal y la detección de patologías, lo que a su vez guía las decisiones médicas y terapéuticas.

El objetivo principal de este capítulo es destacar la importancia crítica de la radiología en el diagnóstico de las lesiones medulares y proporcionar una visión completa de las pruebas radiológicas disponibles para esta tarea. Examinaremos en detalle las modalidades de imagen, como la radiografía simple, la tomografía computarizada (TC) y, en particular, la resonancia magnética (RM), que se ha convertido en el estándar de oro para la evaluación de la médula espinal. Además, analizaremos las secuencias específicas de RM, como T1, T2 y STIR, que son fundamentales para identificar distintas características patológicas.

A lo largo de este capítulo, también resaltaremos la importancia de una comprensión profunda de la anatomía espinal para interpretar adecuadamente las imágenes radiológicas. Conocer la ubicación precisa de las lesiones en relación con los segmentos cervicales, torácicos, lumbares y sacros de la médula espinal es esencial para un diagnóstico preciso y una atención médica óptima. En resumen, este capítulo proporcionará una visión integral del papel crucial que juega la radiología en el diagnóstico de las lesiones medulares, con el objetivo de mejorar la atención y el bienestar de los pacientes afectados por esta compleja patología.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es analizar el rol esencial de la radiología en el diagnóstico de las lesiones medulares. Se destacarán las técnicas y secuencias de imagen utilizadas, así como su contribución a la caracterización precisa de las lesiones medulares. Se buscará brindar una comprensión clara de cómo la radiología guía la toma de decisiones clínicas en el manejo de pacientes con lesiones medulares.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 de lesiones medulares es esencial para la atención médica de pacientes con afecciones neurológicas graves. En este contexto, las técnicas de imagen desempeñan un papel destacado. La RM se considera la modalidad de elección debido a su capacidad para proporcionar imágenes detalladas de la médula espinal y las estructuras circundantes.

Las secuencias de RM ponderadas en T1 y T2 son fundamentales para la evaluación de las lesiones medulares. La secuencia T1 destaca la anatomía con excelente contraste entre el tejido medular y las estructuras adyacentes. Por otro lado, la secuencia T2 es particularmente útil para identificar lesiones hiperintensas, como quistes o tumores, y para evaluar la presencia de edema en el tejido nervioso.

La resonancia magnética con gadolinio es un avance significativo en el diagnóstico de lesiones medulares. La administración intravenosa de gadolinio mejora la visualización de las lesiones y permite identificar lesiones inflamatorias, vasculares o neoplásicas con mayor precisión. Esto resulta crucial para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la evolución de la lesión.

Las secuencias de difusión y la tractografía por tensor de difusión (DTI) son herramientas adicionales valiosas en el diagnóstico de lesiones medulares. La difusión de agua en el tejido nervioso puede ser alterada por diversas patologías, y las secuencias de difusión pueden revelar cambios en la microestructura del tejido antes de que sean visibles en las secuencias ponderadas en T1 o T2. La DTI, por otro lado, permite la visualización de las vías nerviosas y la evaluación de la integridad de las fibras nerviosas, lo que es esencial en casos de trauma o compresión de la médula espinal.

Es crucial destacar el papel fundamental del técnico de imagen en la obtención de imágenes precisas. La selección adecuada de secuencias, la posición del paciente y la supervisión durante el procedimiento son elementos esenciales para garantizar resultados de alta calidad. La colaboración interdisciplinaria entre médicos, radiólogos y técnicos de imagen es esencial para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz en pacientes con lesiones medulares.

En conjunto, las técnicas de imagen, especialmente la resonancia magnética y las secuencias avanzadas como la DTI, juegan un papel crucial en el diagnóstico y la caracterización de las lesiones medulares, permitiendo una atención médica más precisa y personalizada para los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

En el diagnóstico de lesiones medulares, la radiología y, en particular, la resonancia magnética han demostrado ser herramientas esenciales para proporcionar una visión detallada y precisa de las estructuras nerviosas. Las secuencias de RM, como T1 y T2, junto con la administración de gadolinio, son fundamentales para la detección y caracterización de lesiones, permitiendo una planificación de tratamiento adecuada.

Además, las secuencias avanzadas de RM, como la tractografía por tensor de difusión, agregan un nivel adicional de información al evaluar la integridad de las fibras nerviosas y las vías neuronales. Sin embargo, para obtener resultados confiables, es esencial el desempeño experto del técnico de imagen, quien debe asegurarse de utilizar las secuencias adecuadas y garantizar la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento.

En última instancia, la colaboración estrecha entre médicos, radiólogos y técnicos de imagen es crucial para un diagnóstico preciso y una atención óptima para los pacientes con lesiones medulares, permitiendo una mejor calidad de vida y resultados más favorables en su tratamiento y recuperación.

## 6 Bibliografía

1. J. A. Redondo. Resonancia magnética en el diagnóstico de patologías de la columna cervical. Revista de Radiología Médica. 2017;42(2):87-95.

2. García M, Pérez L, Sánchez R. Lesiones medulares , una vision general. 2018;38(3):145-158.

3. John R. Haaga. Uso de la radiología en el diagnóstico de lesiones medulares. Journal of Orthopaedic Research. 2021;26(4):301-312.

## Capítulo 271

# ANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE CREATININA Y UREA

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

ANA LOPEZ GARCIA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

## 1 Introducción

La creatinina y la urea son dos sustancias que se encuentran en la sangre y tienen gran interés analítico cuando se quiere hacer una evaluación de la función renal. Cuando se detecta un funcionamiento incorrecto de los riñones y la capacidad de filtración de sangre se ve afectada, se produce un aumento de las concentraciones de la creatinina y la urea. Dependiendo de los valores de creatinina en sangre se puede clasificar con mayor o menos gravedad la insuficiencia renal.
La creatinina es una sustancia que es producida y eliminada de manera constante por el organismo. Si los riñones no son capaces de eliminar esta sustancia que se produce de forma diaria por los músculos, esto indicara que también hay problema para eliminar otras sustancias metabólicas.
La urea también se elimina por vía renal y los niveles aumentados de esta sustancia en sangre indican un mal funcionamiento de los riñones.

Por lo que ambas se utilizan para evaluar la función renal, siendo la creatinina más especifica y fiable.
En este capítulo se va a explicar como se realiza el análisis de estas sustancias en el laboratorio, ya que son analizadas habitualmente en cualquier laboratorio porque aportan una información incompetente para el diagnóstico de enfermedades renales.

## 2 Objetivos

Conocer la importancia de la creatinina y la urea y sus determinaciones analíticas en el laboratorio. Saber cuál es la finalidad del análisis de estas sustancias.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con las determinaciones analíticas de la creatinina y la urea y su estudio en el laboratorio. También se han consultado páginas web y diferentes protocolos de laboratorio.

## 4 Resultados

La creatinina es una molécula que se utiliza como fuente de energía en el tejido muscular esquelético. La creatinina se filtra en el glomérulo y sufre muy pocos transportes tubulares, mide muy bien como es la filtración del glomérulo renal. Es la parte funcional más importante del riñón.
Los valores normales de creatinina en plasma son 0,4-1,1 mg/dl. Las concentraciones de creatinina en plasma dependen de varios factores:
- La masa muscular del individuo (creatinina mayor).
- Las dietas proteicas.
- Filtración glomerular, si es baja la creatinina sube.

La creatinina se analiza en plasma o suero, siendo el mejor parámetro que estima el filtrado glomerular.
Aumenta característicamente la creatinina en la insuficiencia renal. Es la patología que hace que la creatinina aumente. Es el parámetro que diagnostica una insuficiencia renal. Se cuantifica de rutina y de urgencias, y es muy frecuente en el laboratorio.
Se cuantifica por espectrofotometría colorimétrica por el método de Jaffé.

La urea es el producto final del metabolismo del grupo amino de los aminoácidos de las proteínas. El ciclo de la urea ocurre en los hepatocitos. Es una molécula soluble, es de toxicidad baja y se filtra en el riñón en sus transportes tubulares y se secreta en la orina.
También se puede relacionar otro parámetro a partir de la urea, que es el BUN es la [urea] x 2.
Los valores normales de urea en sangre oscilan entre 10-40 mg/dl. (BUN el doble).
La urea en sangre aumenta si hay insuficiencia renal (no es tan útil como la creatinina para su diagnóstico, pero sí para el pronóstico), también aumenta cuando hay una dieta rica en proteína.
La urea disminuye cuando no se sintetiza bien, y esto ocurre cuando el ciclo de la urea sufre de perdida de alguna enzima o los hepatocitos no sintetizan bien (hepatitis, cirrosis). No se sintetiza urea, y aumenta el amonio.
La urea en alta concentración tiene efectos lesivos, provoca: hemólisis, trombopenia, daño neural (demencia).
Se cuantifica por espectrofotometría UV, y es el método de la ureasa.

## 5 Discusión-Conclusión

La creatinina y la urea son parámetros que se analizan muy a menudo en el laboratorio. No se analizan únicamente en casos de sospecha de enfermedad renal, sino que también en analíticas de urgencia de cualquier laboratorio en el área de bioquímica.
Aportan información imprescindible para diagnosticar enfermedades renales, ya que la creatinina y la urea son valores específicos que aumentan en este tipo de enfermedades.
El técnico debe conocer las distintas técnicas que se utilizan y cuáles son los valores de normalidad de estas técnicas para conocer si los resultados que se han obtenido son correctos o son disparatados y hay que repetir la determinación analítica.

## 6 Bibliografía

1. https://www.mdsaude.com/es/nefrologia-es/creatinina-y-urea/
2. https://www.riojasalud.es/servicios/nefrologia/articulos/interpretando-los-analisis-del-rinon.

## Capítulo 272

# LA PRUEBA BETA HCG EN EL LABORATORIO

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

DAVID GARCÍA RUBIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ

## 1 Introducción

La prueba rápida de embarazo hCG en tira se trata de un inmunoensayo rápido cromatográfico de flujo lateral que detecta de forma cualitativa la hormona gonadotropina coriónica humana presente en la orina, en suero y/o plasma, sirve de ayuda para la detección temprana del embarazo.
La hCG es una hormona glucoproteica que se produce en grandes cantidades en el embarazo a través de la placenta que comienza su desarrollo después de la fertilización. Es la responsable de todos los síntomas tempranos que se dan en un embarazo y por lo que se conoce como un excelente marcador del embarazo. En un embarazo normal, la hCG se puede llegar a detectar entre 7 y 10 días tras la concepción.
La prueba utiliza dos líneas para indicar el resultado, la de prueba (T) combina anticuerpos que incluyen un anticuerpo monoclonal hCG para poder detectar

niveles elevados de la hormona. La de control (C), se compone de anticuerpos policlonales de cabra y partículas coloidales de oro.
La razón de la realización de esta prueba no solo es la determinación de un embarazo sino que también es de gran utilidad para diagnosticar condiciones anormales que pueden elevar los niveles de hCG, y para vigilar el desarrollo del embarazo durante los primeros dos meses, según las cantidades de hormonas que se posean, es decir, de forma cualitativa.

## 2 Objetivos

-Confirmar y determinar a través de un inmunoensayo rápido cromatográfico si una paciente se encuentra embarazada a través de la presencia de la hormona hCG en la orina.

## 3 Metodología

En este trabajo se han consultado diferentes revisiones bibliográficas junto con el protocolo de trabajo del Hospital Comarcal de Hellín.
Cómo muestra se pueden utilizar distintos tipos de fluidos como la orina, el suero o el plasma.
En nuestro caso vamos a utilizar como muestra la orina, recogida lo más limpia posible y de forma directa. Preferentemente utilizaremos una orina de primera micción.

## 4 Resultados

La tira contiene anticuerpos o partículas anti-hCG como reactivos de captura y detección, fijados en la membrana.
Los pasos a seguir son:
1- Recoger una muestra de orina preferiblemente de primera micción.
2- Abrir el kit que contiene una tira reactiva y una ficha técnica. Dejar unos segundos para alcanzar la temperatura ambiente.
3- Con las flechas apuntando hacia la muestra de orina, sumergir la tira reactiva verticalmente en la muestra biológica durante al menos unos 15-20 segundos. No se debe sobrepasar la línea máxima (MAX) indicada en la tira cuando se realice la inmersión.

4- Colocamos la tira de la prueba en una superficie plana no absorbente, encendemos el cronómetro y esperamos a que las líneas de color aparezcan.
5- Leer el resultado a los 5-10 minutos de la realización del proceso, ya que si los resultados obtenidos se leen antes se pueden dar resultados erróneos.
POSITIVO: Aparecen dos líneas coloreadas distintas. Una línea aparecerá en la zona de control (C) y otra línea aparecerá en la zona de la prueba (T). Una línea puede ser más intensa que la otra, no tienen por qué coincidir en la coloración.
NEGATIVO: Una línea coloreada aparece en la zona de control (C). No aparece ninguna línea coloreada en la zona de la prueba (T).
NO VÁLIDO: El resultado no es válido si no aparece ninguna línea en la zona de control (C), incluso si aparece una línea en la zona de la prueba (T). Se debe repetir la prueba con otra tira.
Una concentración baja de hCG podría dar lugar, después de un periodo de tiempo prolongado, a la aparición de una línea débil en la zona de la prueba (T), por tanto, no interpretar el resultado después de pasados 10 minutos.

## 5 Discusión-Conclusión

Una ventaja que caracteriza a esta prueba es la rapidez y sencillez del proceso, pero no podemos olvidar que es una prueba de resultados cualitativos preliminares, por lo que, si lo que buscamos es un resultado cuantitativo, o la determinación de la tasa de incremento de la hCG se deberá acudir a otros métodos de laboratorio complementarios para su determinación.
Por otra parte, hay que tener en cuenta que esta prueba puede dar lugar a falsos positivos o falsos negativos, lo cual se tendrían que contrastar con otros métodos para confirmar el resultado. El médico sólo establecerá un diagnóstico confirmado del embarazo después de la evaluación de todos los resultados clínicos y analíticos.

## 6 Bibliografía

-MONLAB test.
- Prueba de embarazo. (s. f.)
- Gonadotropina la hormona del embarazo-HCG. (s. f.)

## Capítulo 273

# EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LAS RADIOGRAFÍAS DURANTE EL EMBARAZO

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

BLANCA VALVERDE LEIVA

MARTA MORENO URREA

## 1 Introducción

En términos generales, las ventajas de tomar radiografías para obtener información de diagnóstico superan cualquier riesgo potencial para el bebé. Es poco probable que las radiografías relacionadas con el embarazo dañen al feto, pero es posible radiografías abdominales durante un breve período de tiempo antes de quedar embarazada, puede haber efectos negativos en el feto.
La mayoría de las radiografías, como las de las piernas, la cabeza, los dientes o el tórax, no exponen directamente los órganos reproductivos la propagación de la radiación.

Una excepción son las radiografías abdominales, que exponen al bebé y al vientre directamente al haz de rayos X. El riesgo de que el bebé sufra daños está influenciado por la edad gestacional y el nivel de exposición a la radiación la pantalla.
Las primeras dos semanas después de la concepción son cuando la exposición a niveles extremadamente altos de radiación puede provocar un aborto espontáneo, pero estos niveles de exposición no se utilizan en el diagnóstico por imágenes.
El médico debe saber si está embarazada o podría estarlo antes de realizar cualquier prueba radiológica a las pacientes. Las pruebas radiológicas podrán posponerse o modificarse para tomar menos tiempo, dependiendo de la situación de cada una de las pacientes.

## 2 Objetivos

Conocer la función que desempeña el técnico en imagen para el diagnóstico en la realización de radiografías a pacientes embarazadas.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo, y la literatura existente, con el objetivo de encontrar libros, revistas y artículos pertinentes al tema de estudio y trabajos académicos revisados.

## 4 Resultados

Todavía existen falsas creencias sobre los posibles riesgos para la madre o el feto derivados de los estudios radiológicos, a pesar de que su uso va en aumento durante el embarazo.
En cualquier etapa del embarazo pueden ser necesarias pruebas de imagen para el diagnóstico de afecciones no obstétricas. Aunque existe una posibilidad teórica de defectos congénitos, se ha determinado que el nivel de dosis ofrecido por la radiología de diagnóstico, tal como está, es irrelevante en este caso.
Al decidir el tipo de examen a realizar y cuándo se debe realizar, se deben considerar los efectos de la radiación en las distintas etapas del desarrollo fetal y las dosis proporcionadas por las diversas técnicas de imagen.
Los exámenes que utilizan radiación para su proceso de obtención de imágenes deberían poder funcionar rápidamente debido a la indicación razonable e infor-

mada de los estudios y su desempeño en condiciones técnicas ideales, el diagnóstico de patologías concurrentes al embarazo que suponen poco peligro para el feto, incluido el cáncer posparto y alteraciones en su desarrollo intrauterino.
Sin embargo, cuando la necesidad diagnóstica y el tratamiento asociado lo requieran, se debe solicitar la exploración de la forma habitual, informando al paciente de los posibles riesgos y beneficios y utilizando un consentimiento informado que recoja información sobre los posibles efectos de las radiaciones ionizantes, además del tipo de estudio realizado, sus especificaciones técnicas, prácticas de optimización de dosis de acuerdo con criterios ALARA y la protección radioeléctrica empleada. Podrá añadirse, si procede, un apartado de valoración ginecológica donde se evaluará el estado de la gestante y el estado fetal. También se deberán aportar los datos de la edad gestacional.
Se debe hacer un esfuerzo para:
-Evitar poner al feto en riesgos innecesarios.
-Modificar las pruebas radiológicas para que no tengan repercusión en las mujeres embarazadas.
- Difundir el riesgo mínimo asociado a las pruebas radiológicas relacionadas con el embarazo.

## 5 Discusión-Conclusión

El feto en desarrollo es un paciente vulnerable a estos efectos, que dependen de la edad gestacional y de la dosis administrada. La radiación ionizante tiene un efecto conocido sobre las estructuras biológicas.
Por tanto, la realización de pruebas de imagen que utilizan radiaciones ionizantes en mujeres embarazadas requiere de una justificación adecuada e individualizada de la indicación del procedimiento y una optimización constante de la dosis.
Cuando se realizan correctamente, las pruebas de radiodiagnóstico son seguras tanto para el paciente como para el feto. Los estudios de tomografía computarizada son donde el mayor riesgo de radiación supone un problema.
De acuerdo con la ley, el radiólogo es responsable de determinar si un procedimiento radiológico está indicado y delinear alternativas menos riesgosas.

## 6 Bibliografía

- https://dialnet.unirioja.es/
- www.scielo.org

## Capítulo 274

# EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU FUNCIÓN EL DIAGNÓSTICO EN UN EXAMEN IMAGENOLÓGICO

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

BLANCA VALVERDE LEIVA

MARTA MORENO URREA

## 1 Introducción

Un procedimiento radiológico conocido como es la angiografía nos permite ver el interior de las arterias y rastrear su recorrido mediante la utilización de los rayos X y un tinte especial.
Este procedimiento se utiliza, entre otras muchas cosas, para ver las arterias de los riñones, el cerebro y el corazón.
En esta técnica se inyecta un medio de contraste radiológico yodado a través de un catéter en la arteria que se está estudiando y observando para realizar este tipo de prueba. También se le conoce como cateterismo, es otro nombre para este método.

La prueba suele durar entre 30 y 60 minutos, y el Técnico Superior en Imagen y Diagnóstico (TSID) debe conocer los procedimientos para realizarla, los cuidados que se le deben dar al paciente mientras se realiza y las recomendaciones necesarias que se debe dar al finalizar, al paciente.
Tras el procedimiento se debe aplicar un vendaje compresivo en el lugar de la punción y se debe indicar al paciente que permanezca en cama durante 6 a 24 horas, dependiendo de las indicaciones médicas establecidas.
A pesar de ser una técnica muy utilizada en el ámbito médico, presenta inconvenientes que deben ser comunicados al Técnico Superior en Imagen y Diagnóstico.

## 2 Objetivos

Proporcionar una breve descripción y ejemplos del examen radiológico de las arterias realizado por el equipo de TSID, conocido como arteriografía.

## 3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y también se han realizado búsquedas exhaustivas de libros.

## 4 Resultados

Cuando existe la posibilidad de patología vascular arterial, la arteriografía es un procedimiento radiológico que se utiliza.
Con la ayuda de este procedimiento, podemos determinar si existe una obstrucción arterial, así como su ubicación, gravedad y duración.
La embolia o la aterosclerosis, que hace que el canal arterial se estreche, son los dos factores que contribuyen a ello. Los aneurismas, que son dilataciones anormales de la pared de los vasos sanguíneos, también pueden ser una causa y, en caso de rotura, provocar una hemorragia potencialmente mortal.
El procedimiento de arteriografía se puede dividir en los siguientes tres pasos:
- Inserción de catéter: se inserta un pequeño catéter en la arteria del paciente. Por lo general, se utiliza la arteria inguinal, la arteria de la parte superior del brazo o la arteria de la muñeca.

- Se inyecta contraste (un tinte para rayos X). El radiólogo toma imágenes de la arteria bajo investigación utilizando una pantalla de rayos X.
- Eliminación de un catéter.

Existen varios tipos de arteriografía, entre ellas la arteriografía por rayos X (la más común), la arteriografía por resonancia magnética (que utiliza radiación ionizada, pero no requiere la introducción de un catéter) y la arteriografía con tomografía computarizada (que implica la inyección de material de contraste) y un escaneo que, gracias a la alta resolución de las imágenes, permite la visualización de los depósitos de calcio).

El TSID debe ser consciente de los riesgos asociados a este procedimiento, incluido el potencial de hematomas, infección, disección arterial, trombosis e insuficiencia renal. Además, el paciente podría sentirse enfermo o herido, hormigueo en los pies, escalofrío en el aire, hinchazón del lugar de punción, etc.

Cuando los vasos sanguíneos son claramente visibles y no tienen muescas ni pérdida de contraste, los resultados de la prueba se pueden obtener inmediatamente y utilizar para determinar si los vasos sanguíneos están intactos. Por el contrario, la visualización de una fístula, estenosis o aneurisma es inmediata y sencilla.

La angiografía proporciona información precisa sobre el estado de las arterias, lo que nos permite diseñar el mejor tratamiento para el paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

El interior de una arteria se puede ver durante una arteriografía, que es un procedimiento radiológico que se utiliza para determinar la trayectoria de una arteria y cualquier problema interno como coágulos, aterosclerosis o aneurismas.

Esta técnica utiliza un catéter y contraste radiológico yodado, lo que permite ver de inmediato la forma, anatomía y trayecto de la arteria estudiada a través de rayos X.

El Técnico Superior en Imagen y Diagnóstico debe tener conocimientos para utilizar esta técnica de forma eficaz y eficiente, trabajando en constante colaboración con el radiólogo y el resto del equipo multidisciplinar, así como conocer los protocolos.

## 6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://dialnet.unirioja.es/

## Capítulo 275

# EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO

VICTORIA SIMÓN CABRERA

ARGIA SAENZ DE NAVARRETE ROYO

ANTONIA RUIZ LOZANO

BLANCA VALVERDE LEIVA

MARTA MORENO URREA

## 1 Introducción

Dentro de las diversas pruebas radiológicas que se encuentran disponibles, el técnico en rayos X (RX) es quien se ocupa principalmente de las tareas de obtención de imágenes morfológicas y funcionales del cuerpo humano. Junto con el radiólogo, realizan el diagnóstico del paciente.

Los quirófanos deben disponerse en una única planta, funcionando como un ente separado del resto del hospital y con fácil acceso para pacientes y suministros de todo tipo. Además, debe estar cerca y en estrecho contacto con los servicios de emergencia, UCI y reanimación. Debe haber entre 30 y 35 $m^2$ en cada quirófano. El rango de temperatura ideal es entre 18 y 24 ℃ para reducir la contaminación microbiana y un nivel de humedad del 50 al 60 % para evitar la deshidratación de los tejidos.

Para producir imágenes se utiliza radiación ionizante, que son partículas u ondas electromagnéticas de frecuencia extremadamente alta con suficiente energía

para producir la ionización de un átomo y romper así los enlaces atómicos que mantienen unidas las moléculas en las células. Los rayos X, una radiación electromagnética sin carga ni masa, son un ejemplo de radiación ionizante. Estos rayos se originan en las capas más externas del átomo, donde se encuentran los electrones. Necesitas una lámina de plomo para detenerlos porque son bastante penetrantes.

## 2 Objetivos

- Describir la función del técnico de rayos X en quirófano como responsable de la instalación y mantenimiento del arco de quirófano.
- Describir las ideas fundamentales y sugerencias para una adecuada protección radiológica.
-Explicar la disposición de las salas y zonas que componen el quirófano.

## 3 Metodología

En numerosas bases de datos, entre ellas Medical Review, Elsevier y Nuclear Safety Council, se ha realizado una revisión científico-bibliográfica.
Recopilamos la información más crucial sobre las funciones del técnico de múltiples fuentes, la simplificamos para beneficio de todo tipo de audiencias y ahora tiene la visibilidad y la importancia que este vínculo en el hospital requiere.

## 4 Resultados

La disposición de los espacios dentro del quirófano debe evitar movimientos innecesarios por parte de quienes los ocupan. Según el acceso, podemos separar tres zonas:.
- Los consultorios, el ingreso quirúrgico a un hospital, forman parte de la “zona negra” o “zona de restricción”. Así como los baños y vestuarios del personal. Al ingresar al edificio, los empleados pueden ponerse su vestimenta habitual antes de ponerse la vestimenta quirúrgica.
- Al viajar en un área limpia, gris o semi-restringida, se requiere vestimenta quirúrgica. Los pacientes son recibidos inmediatamente después de la cirugía en el área postoperatoria, que también se encuentra en esta área.
- Zona blanca: Esta zona está completamente prohibida porque es un entorno estéril donde se realizan procedimientos quirúrgicos.

Además de los quirófanos, el área quirúrgica incluye las siguientes salas adicionales:.
- Almacén: lugar donde se guarda el inventario.
- Área de material estéril y lencería: lugar contiguo al quirófano que alberga todo el material estéril.
- Espacio contaminado o sucio: el área donde se preparan los instrumentos para su envío a esterilizar. El lugar desde donde partiremos con el arco quirúrgico.
- Antequirófano: lugar donde se recibe al paciente previo a la cirugía. Utilizaremos el arco quirúrgico para entrar por esta zona.
- Cerca del quirófano hay una zona de lavabo.
- Área restringida: el espacio adyacente al quirófano donde se realizan procedimientos estériles.

Un arco de quirófano o arco en C móvil o fijo está bajo el control del técnico de rayos X en el quirófano. Gracias a estos aparatos podemos visualizar imágenes en alta resolución y en tiempo real de la anatomía del paciente. Los mini arcos en C también son cada vez más comunes hoy en día. Debido a su alta potencia y tamaño compacto, son increíblemente cómodos de usar.

Debajo de la mesa de exploración es donde se sitúa el tubo de rayos X y el intensificador de imágenes está justo en el otro extremo del brazo. Un monitor o monitores de televisión reciben las imágenes, que luego se muestran en tiempo real. Las partes que componen el arco en C son:.
- Un intensificador de imágenes y un tubo de rayos X en forma de C.
– El Panel de Control.
- Monitor o displays.
- El generador.
– Un sistema digital.

Registro de imagen.

El personal de quirófano y el técnico de rayos X (Rx), que se encuentran actualmente involucrados en la intervención, deben seguir una serie de pautas de protección radiológica.

Al prevenir la exposición a radiaciones ionizantes, la protección radiológica tiene como objetivo salvaguardar tanto a las personas como al medio ambiente de posibles efectos negativos. La siguiente Tres ideas fundamentales están ahí.
- Justificación: Toda acción que exponga a las personas a estas radiaciones debe beneficiar a la sociedad.
- El principio de optimización, también conocido como principio de Alara, establece que todas las exposiciones deben mantenerse lo más bajas posible.

- Limitación de dosis: Las dosis de radiación a humanos no deben superar los límites superiores establecidos en la normativa vigente.
Las siguientes acciones reducen los riesgos asociados con la radiación:.
- Distancia: A medida que crece la distancia entre el sujeto y el tubo de rayos X, la exposición disminuye proporcionalmente de la misma forma que crece el cuadrado de la distancia.
- Tiempo: Al acortar al máximo el tiempo de exposición se disminuirán las dosis recibidas.
- Blindaje: En situaciones donde las precauciones antes mencionadas sean insuficientes, como en un quirófano, será necesario interponer material con plomo entre la fuente y el operador.
Cada persona en el quirófano debe portar su respectivo dosímetro, protector de tiroides y delantal plomado. Además, será aconsejable que los cirujanos utilicen gafas de plomo y guantes radioprotectores. Siempre recurra a Tubo Rx porque el delantal no proporciona protección para la espalda. Mantenga las puertas del quirófano cerradas en todo momento y trate de mantener al mínimo la distancia del paciente con el intensificador de imágenes.
El daño por radiación puede afectar la función de órganos y tejidos, lo que provoca efectos secundarios agudos como síndrome de radiación aguda, enrojecimiento de la piel, caída del cabello y quemaduras por radiación, estos son los efectos que produce.

## 5 Discusión-Conclusión

Todo profesional necesita una formación especializada para el puesto que va a desempeñar, como es bien sabido. El trabajo del técnico es crucial porque permite a los médicos diagnosticar las diversas patologías que puede estar padeciendo un paciente gracias a su experiencia en los campos tecnológicos disponibles.
A los técnicos de iluminación se les enseña a reconocer los problemas que necesitan en una situación urgente.
Sin embargo, a medida que la tecnología se desarrolló, la capacitación de los técnicos no se mantuvo al día y muchos centros continúan utilizando programas que datan de hace más de 20 años. Como resultado, nuestro trabajo es más difícil y las necesidades de otros profesionales se satisfacen más rápidamente.

# 6 Bibliografía

1. https://www.actualpacs.com/blog/2016/06/23/cual-es-el-rol-del-tecnico-en_radiologia/
2. www.revistamedica.com

## Capítulo 276

# PAPEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO EN CUANTO LA PROTECCIÓN EN EL QUIRÓFANO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DIDIER VIREY ALCAIDE

ESTEBAN TEJADO VELASCO

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

## 1 Introducción

La protección radiológica en quirófano es fundamental para la protección tanto para el paciente como para todos los profesionales que participan en una intervención quirúrgica, cirujanos, anestesistas, enfermeras, celadores, auxiliares y por supuesto los técnicos de rayos.
La radiación emitida en quirófano depende de tres factores: 1. Radiación emitida que puede ser:
- Radiación directa, que es la radiación que recibe el paciente.
- Radiación dispersa, que es la radiación que recibimos nosotros.
2. Distancia, la distancia es fundamental para protegernos y ha de ser una distancia mínima de 2 metros.

3. Protección, debemos usar delantal plomado, gafas, guantes, mascarilla, protector tiroideo y además tenemos que llevar colocado por debajo del delantal nuestro dosímetro personal.
Es importante reducir lo máximo posible el tiempo de exposición. Es fundamental que, en un quirófano, los técnicos conozcan perfectamente el funcionamiento del arco de quirófano, y en qué consiste la intervención quirúrgica a la que va a acudir, para esto el técnico ha de tener todos los detalles con anterioridad para saber en cada momento qué hacer.
En una intervención tanto el paciente como todos los profesionales que participan están expuestos a la radiación por eso deben aplicarse con mucho cuidado y rigurosidad todas las medidas de protección tanto directas como indirectas para protegernos de las radiaciones y sus efectos a corto medio y largo plazo.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es:
Exponer que la protección es fundamental para el paciente y los profesionales del servicio de radiología.

## 3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos. Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Se han eliminado textos en inglés usando formato digital y formato papel. Palabras claves: técnico en rayos, quirófano, radiología entre otros.

## 4 Resultados

La protección radiológica es el conjunto de normas y acciones que se toman para intentar evitar riesgos y daños, por esto la protección radiológica establecerse unos baremos o límites para cada categoría.
Para el personal profesionalmente expuesto sería que es el técnico en imagen y diagnóstico: Límite anual de dosis efectiva: 20 msv (100 msv en 5 años).

Para el público en general: Límite anual de dosis efectiva: 1 msv. La protección radiológica tiene por finalidad fundamental la protección de todos los individuos expuestos de aquellos riesgos derivados de exposiciones radiológicas como es el caso en una intervención quirúrgica.
Las exposiciones en quirófano deben ser lo más bajas posibles con los mejores resultados para el paciente, es decir, hay que proporcionar protección al paciente sin limitar los beneficios que suponen las radiaciones en una intervención. Debemos prestar un servicio beneficioso al paciente y garantizar que no lo exponemos a niveles de radiación inaceptables.
Todos los técnicos tienen la obligación cuando atienden a un paciente, ya sea, en el servicio de radiología o en una intervención, debe usar la radiación suficiente para que la calidad de la imagen sea buena y a la vez la mínima para su protección.
El objetivo fundamental de la protección en quirófano es:
1. Reducir al mínimo posible la exposición radiológica.
2. Proteger a los profesionales y al paciente de los efectos que producen las radiaciones ionizantes.
3. Tener en cuenta el peligro que tienen los efectos biológicos que causan las radiaciones. Hay que garantizar la salud de las personas expuestas.
Por todo esto, todos los procedimientos que se realicen como protección radiológica deben estar formados por un plan para actuar y asegurar que la calidad sea la adecuada para una buena protección de todo el personal y el paciente contra las radiaciones ionizantes utilizando todos los recursos disponibles.

## 5 Discusión-Conclusión

Cada vez que nos sometemos a una exposición radiológica debemos tener en cuenta todos los sistemas de protección de que disponemos para poder atenuar lo máximo posible sus efectos.
La utilización de radiaciones ionizantes para el diagnóstico puede conllevar riesgo radiológico para el personal que los maneja de irradiación externa, que es producida por una fuente de radiación sobre los objetos y seres vivos que los rodean.
La protección radiológica en quirófano es fundamental por eso es necesario que los responsables de las exploraciones radiológicas tomen conciencia de esta situación adaptando los nuevos criterios riesgo/beneficio y aportando técnicas que minimicen los efectos biológicos consiguientes.
La conclusión fundamental es la importancia de la protección del paciente y de todos los profesionales sanitarios que trabajan durante una intervención quirúr-

gica.

## 6 Bibliografía

1. Protección radiológica, su legislación y las UTPR. Logoss.

Capítulo 277

# LAS PARTES DE UN FLUOROSCOPIO Y EL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ESTEBAN TEJADO VELASCO

DIDIER VIREY ALCAIDE

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

## 1 Introducción

La fluoroscopia es una clase de radiografía que permite visualizar distintas estructuras y órganos del cuerpo humano en directo mientras se mueven. Este tipo de herramienta diagnóstica utiliza radiación al igual que una radiografía simple, pero a diferencia de esta última nos ofrece una imagen a modo de vídeo, como si se tratara de una película. Este tipo de ondas se denominan electromagnéticas, son similares a otro tipo de ondas como son los rayos x o la misma luz visible, salvo que la longitud de onda que utiliza es mucho más baja que las anteriores, por ello tiene más energía, siendo capaz de atravesar diferentes materiales o tejidos.

Existen diferentes tipos de radiación. Por un lado, está la radiación ionizante, que debido a su energía puede alterar los átomos de una materia y arrancar uno o varios electrones, generando en este proceso un ion que puede ser positivo o negativo. Este tipo de radiación puede ser peligrosa, ya que puede romper el enlace químico de las moléculas y alterar las células del organismo.
Otro tipo de radiación es la no ionizante. A esta clase de ondas estamos expuestos todos los días, puesto que están presentes en la propia naturaleza, es la radiación de fondo, por ejemplo el radón que respiramos o la radiación del exterior de la corteza terrestre llamada radiación cósmica.
El fluoroscopio utiliza el mismo mecanismo para la producción de los rayos X que un equipo de radiología simple. La radiación X se produce en un tubo en el que hay vacío. Dispone en su interior del cátodo con polaridad negativa, que es un filamento de tungsteno al que se le hace pasar corriente eléctrica. En el extremo opuesto está dispuesto el ánodo de cobre, con polaridad positiva. Se hace pasar electrones hacia el ánodo que son acelerados gracias al voltaje elevado aplicado. Estos chocan contra la superficie del ánodo produciéndose los rayos X.

## 2 Objetivos

Proporcionar una información clara y concisa de esta herramienta diagnóstica aplicada al campo de la radiología médica y de sus principales usos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Fluoroscopia es una herramienta del área de radiología que se usa muy habitualmente para diagnosticar distinto tipo de patologías, procedimientos intervencionistas e incluso para terapias. Este equipo es similar a un aparato de radiología simple, ya que está constituido por una fuente generadora de radiación y una

pantalla de tipo fluorescente. La diferencia de este dispositivo frente a otros generadores de imágenes radiológicas es que se visualizan las estructuras corporales a tiempo real, grabarse y ser visualizadas en un tiempo futuro.
Conocer el funcionamiento de este equipo es esencial para el personal médico. A pesar de su uso habitual, un porcentaje elevado de especialistas médicos no ha recibido apenas formación en este dispositivo radiológico.
El fluoroscopio está constituido por diversas partes de suma importancia para obtener esa imagen característica.
En un principio disponemos dentro del área (telemando) donde está ubicado el fluoroscopio el generador de energía, ubicado separado del equipo. Este dispositivo eléctrico proporciona la energía necesaria para su funcionamiento.
El tubo de rayos X muy similar a un equipo de radiología simple, se encarga de crear los haces de rayos que atravesarán al paciente y chocarán contra el panel detector de radiación.
El intensificador de la imagen al recibir los datos recogidos por el panel detector de la radiación atenuada por haber atravesado distintos tipos de tejido genera una imagen con mucha intensidad para que se aprecie con más nitidez.
La mesa de exploración donde descansa el paciente se parece a la de equipos como el de la tomografía computarizada o de radiología simple. Está hecha de material ligero pero a la vez resistente. Debe permitir el paso de los rayos X para alcanzar la pantalla fosforescente. También es capaz de adoptar distintas posiciones en función del procedimiento a realizar.

## 5 Discusión-Conclusión

La fluoroscopia o también conocida con el nombre de radioscopia se presenta como un dispositivo con gran futuro aún en evolución. Permite a tiempo real la obtención de imágenes de los órganos y otras partes del cuerpo humano en tiempo real.
La imagen que se obtiene se visualiza en una pantalla igual que si se tratara de una película. Es capaz de generar más de 25 imágenes por segundo, dando al equipo médico la sensación del movimiento real.
Esta prueba actualmente se utiliza para la búsqueda de indicios de patología, aunque es una herramienta importante por la realización de procedimientos quirúrgicos para reducir considerablemente la agresión al cuerpo.
Se espera en un futuro que crezca el uso de estos dispositivos en un 5% debido a la introducción de la inteligencia artificial que mejorarán notablemente la calidad

de las imágenes con una menor dosis de radiación para el paciente y el personal médico.

## 6 Bibliografía

1. Fluoroscopio (Internet) citado 12 de nov 21. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/fluoroscopio/.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 278

# PAPEL DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN LA ARTRORESONANCIA DE HOMBRO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RAQUEL GARCÍA NAVAS

YOLANDA GARCÍA OTERO

DIDIER VIREY ALCAIDE

ESTEBAN TEJADO VELASCO

ATENEA PALOMARES GARCÍA

## 1 Introducción

La artroresonancia de hombro ha revolucionado el campo del radiodiagnóstico al proporcionar una combinación única de imágenes de resonancia magnética y artrografía para obtener una visualización detallada de las estructuras internas de la articulación del hombro.
Esta técnica avanzada ha demostrado ser una herramienta diagnóstica altamente efectiva en el estudio de las lesiones y patologías del hombro.
El objetivo de este capítulo es explorar el papel de la artroresonancia de hombro en el diagnóstico de las condiciones del hombro y destacar su importancia en la toma de decisiones clínicas.

Se examinarán los fundamentos técnicos de la artroresonancia de hombro, su utilidad en el diagnóstico de diferentes tipos de lesiones y patologías, así como sus ventajas y limitaciones en comparación con otras técnicas de imagen utilizadas en el estudio del hombro.
La artroresonancia de hombro ofrece ventajas significativas al combinar la capacidad de visualizar estructuras anatómicas detalladas con la evaluación funcional de la articulación. Esto permite a los radiólogos y médicos obtener una comprensión completa de las lesiones del hombro, como los desgarros del manguito de los rotadores o las inestabilidades articulares.
A medida que la artroresonancia de hombro continúa avanzando, se espera que juegue un papel cada vez más importante en el diagnóstico temprano y preciso de las lesiones del hombro, lo que lleva a un tratamiento más efectivo y mejores resultados para los pacientes. Es esencial comprender la utilidad y las limitaciones de esta técnica para garantizar su correcta aplicación clínica y maximizar su beneficio en el campo del radiodiagnóstico del hombro.

## 2 Objetivos

- Analizar la importancia de la artroresonancia de hombro en el diagnóstico de las lesiones del hombro.
- Describir la anatomía y las estructuras del hombro evaluadas mediante artroresonancia.

## 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 resultados de este estudio demuestran que la artroresonancia de hombro es una herramienta valiosa en el radiodiagnóstico de las lesiones del hombro. Permite una evaluación precisa de las estructuras articulares, incluyendo el man-

guito de los rotadores, el labrum glenoideo y los ligamentos glenohumerales. Además, proporciona información detallada sobre la presencia, la extensión y la gravedad de las lesiones, lo que es crucial para la toma de decisiones clínicas y la planificación del tratamiento.

La artroresonancia de hombro es una técnica de imagen que combina la resonancia magnética con la artrografía para obtener una evaluación completa de las estructuras internas de la articulación del hombro. Para ello, se utilizan diversas secuencias de resonancia magnética que permiten visualizar diferentes aspectos anatómicos y patológicos.

Una de las secuencias más utilizadas en la artroresonancia de hombro es la secuencia ponderada en T1. Esta secuencia proporciona una excelente visualización de los tejidos blandos y los huesos, permitiendo una evaluación detallada de las estructuras anatómicas. Permite identificar el manguito de los rotadores, el labrum glenoideo, los ligamentos y la cápsula articular, así como detectar posibles alteraciones en su morfología o señal.

Otra secuencia importante es la secuencia ponderada en T2. Esta secuencia resalta los líquidos, lo que facilita la detección de lesiones del labrum, como los desgarros SLAP. También es útil para identificar la presencia de derrame articular, que puede indicar inflamación o lesiones intraarticulares.

Además de las secuencias en T1 y T2, se pueden utilizar secuencias especiales para evaluar patologías específicas. Por ejemplo, la secuencia de supresión grasa, como la STIR (Short Tau Inversion Recovery), puede ayudar a identificar edema en los tejidos, como en casos de tendinitis o bursitis. La secuencia de supresión de agua, como la SPAIR (Spectral Adiabatic Inversion Recovery), puede mejorar la visualización de las estructuras articulares y permitir una mejor identificación de desgarros del labrum.

Además de las secuencias ponderadas, la artroresonancia de hombro también puede utilizar secuencias de contraste, como la secuencia con gadolinio. Esta secuencia es útil en la detección de lesiones con realce patológico, como los tumores o las áreas de inflamación.

En resumen, la artroresonancia de hombro utiliza diferentes secuencias de resonancia magnética para proporcionar una evaluación completa y precisa de las estructuras internas de la articulación del hombro. Las secuencias en T1 y T2 son fundamentales para la visualización anatómica, mientras que las secuencias de supresión grasa y contraste pueden ayudar a identificar patologías específicas. La selección adecuada de las secuencias y la interpretación experta de las imágenes son cruciales para obtener resultados confiables y contribuir a un diagnóstico preciso de las lesiones y patologías del hombro.

Esta prueba ofrece varias ventajas sobre otras técnicas de imagen, como la radiografía simple y la ecografía, sin embargo, también tiene limitaciones, como la necesidad de inyección de contraste intraarticular y la disponibilidad limitada en algunos centros de atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la artroresonancia de hombro es una técnica de imagen avanzada que combina resonancia magnética y artrografía para proporcionar una evaluación detallada de las estructuras internas de la articulación del hombro.
Los resultados de este estudio confirman que la artroresonancia de hombro es valiosa en el diagnóstico de las lesiones del hombro, proporcionando información crucial para la toma de decisiones clínicas y la planificación del tratamiento. Las secuencias de resonancia magnética utilizadas, como las ponderadas en T1 y T2, permiten una evaluación detallada de los tejidos blandos, los huesos y los líquidos, facilitando la detección de desgarros, inflamación y otras alteraciones.
Aunque la artroresonancia de hombro ofrece ventajas significativas sobre otras técnicas de imagen, como la radiografía simple y la ecografía, también presenta algunas limitaciones. Estas incluyen la necesidad de inyección de contraste intraarticular y la disponibilidad limitada en algunos centros de atención médica. A medida que la artroresonancia de hombro continúa avanzando, se espera que juegue un papel cada vez más importante en el diagnóstico temprano y preciso de las lesiones del hombro, sin embargo, es crucial comprender tanto la utilidad como las limitaciones de esta técnica para garantizar su correcta aplicación clínica y maximizar sus beneficios en el campo del radiodiagnóstico del hombro.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 279

# EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR Y LA ECOGRAFIA ABDOMINAL PEDIÁTRICA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS

PAULA MORCILLO ANTÓN

SARA SOMOHANO MAGADÁN

LAURA VELEZ MANZANO

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

## 1 Introducción

Podemos decir que el personal técnico superior de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear (TSID), es personal sanitario, que se ha tenido que formar en la rama específica de radiología.
Este personal, como técnicos que son, se les aplica el estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias integradas en la seguridad social. Por lo tanto, todo lo referente a los deberes, funciones e incompatibilidades se rigen según esta normativa.

El desempeño de sus funciones como personal TSID tiene lugar en las unidades asistenciales adecuadas, en centros sanitarios y en hospitales. Aquí es donde se hacen las correspondientes pruebas diagnósticas a todos los pacientes con el objetivo de poder hacer las diferentes pruebas que puedan ayudar al médico radiólogo a establecer un diagnóstico.
De esta forma, podemos decir que este personal TSID hacen su trabajo siempre bajo la supervisión y dirección de un equipo facultativo.
La ecografía abdominal pediátrica ha emergido como una técnica diagnóstica fundamental en el campo de la radiología pediátrica y de urgencias. Los niños presentan diferencias anatómicas y fisiológicas únicas en comparación con los adultos, lo que ha llevado al desarrollo y la implementación de enfoques específicos para la ecografía en este grupo poblacional.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en analizar la relevancia y las aplicaciones de la ecografía abdominal pediátrica en el ámbito de la radiología de urgencias.

## 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 ecografía abdominal pediátrica emerge como una herramienta esencial en la evaluación diagnóstica, en la radiología de urgencias. La visualización de estructuras anatómicas con alta resolución permite detectar una amplia gama de patologías en niños. La evaluación del hígado revela anomalías como quistes, hemangiomas y hepatomegalia, mientras que la ecografía renal identifica malformaciones, hidronefrosis y cálculos. El bazo puede mostrar esplenomegalia y laceraciones, y la evaluación del páncreas permite detectar pancreatitis y quistes.

La ecografía también es valiosa en la identificación de patologías emergentes en urgencias pediátricas. La apendicitis aguda es una afección crítica, y la ecografía se utiliza para evaluar signos de inflamación, como engrosamiento de la pared y presencia de apendicolito. La torsión testicular, una urgencia quirúrgica, se puede diagnosticar mediante la visualización del flujo sanguíneo reducido en el testículo afectado. La detección temprana de estas afecciones permite una intervención oportuna y evita complicaciones graves.

La ecografía pediátrica también es valiosa en situaciones traumáticas. Permite evaluar lesiones abdominales después de un traumatismo y guiar la aspiración de líquido libre en el abdomen. Además, en pacientes con abdomen agudo, la ecografía puede diferenciar entre diversas causas, como intususcepción, vólvulos o inflamación apendicular. Esto conduce a una toma de decisiones clínicas más informada y mejora la gestión del paciente.

La adaptación de la ecografía a la población pediátrica requiere un conocimiento profundo de la anatomía en desarrollo y la interpretación específica de las imágenes. Además, la colaboración multidisciplinaria entre radiólogos, pediatras y cirujanos es esencial para un diagnóstico y tratamiento efectivos.

En conclusión, la ecografía abdominal pediátrica se presenta como una herramienta de gran valor en la radiología de urgencias, ofreciendo una evaluación detallada y no invasiva de las patologías abdominales en niños. Su capacidad para detectar patologías variadas, desde anormalidades congénitas hasta urgencias quirúrgicas, la convierte en una herramienta versátil y esencial para los profesionales de la salud. La evitación de la exposición a la radiación y su aplicación en tiempo real hacen que la ecografía sea especialmente adecuada para la población pediátrica. Su integración en los protocolos de urgencias y la formación especializada son fundamentales para garantizar la atención médica de alta calidad en situaciones críticas en la infancia.

## 5 Discusión-Conclusión

La ecografía abdominal pediátrica ha demostrado ser una herramienta invaluable en la radiología de urgencias, brindando una evaluación detallada y segura de las patologías abdominales en niños. Su capacidad para identificar una amplia gama de afecciones, desde malformaciones congénitas hasta urgencias quirúrgicas, resalta su importancia en la toma de decisiones clínicas informadas y oportunas. La ausencia de radiación ionizante y la capacidad de realizar exámenes en tiempo real la convierten en un recurso esencial en la atención pediátrica. Sin embargo, es esencial reconocer que la interpretación precisa de las imágenes re-

quiere un conocimiento profundo de la anatomía en desarrollo y la experiencia en la población pediátrica.
En un entorno de urgencia, la ecografía proporciona información crucial para una intervención rápida y un manejo adecuado del paciente. La colaboración multidisciplinaria entre radiólogos, pediatras y cirujanos es esencial para un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento. En última instancia, la ecografía abdominal pediátrica desempeña un papel fundamental en la mejora de la atención médica pediátrica, asegurando una evaluación precisa y segura en situaciones críticas y contribuyendo al bienestar de los pacientes más jóvenes.

## 6 Bibliografía

1. 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 280

# EL PERSONAL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) Y LA RADIOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

SARA SOMOHANO MAGADÁN

PAULA MORCILLO ANTÓN

LAURA VELEZ MANZANO

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

## 1 Introducción

Podemos decir que el personal de Técnico superior de imagen para el Diagnostico y Medicina Nuclear, es un personal sanitario, que se han tenido que formar en la rama especifica de radiología.
Este personal, como técnicos que son, se les aplica el estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias integradas en la seguridad social. Por lo tanto, todo lo referente a los deberes, funciones e incompatibilidades se rigen según esta normativa.
El desempeño de sus funciones como personal técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) tiene lugar en las unidades asistenciales adecuadas en centros

sanitarios y en hospitales. Aquí es donde se hacen las correspondientes pruebas diagnosticas a todos los pacientes con el objetivo de poder hacer las diferentes pruebas que puedan ayudar al medico radiólogo a establecer un diagnóstico.
De esta forma, podemos decir que este personal TSID hacen su trabajo siempre bajo la supervisión y dirección de un equipo facultativo.
En el contexto de la atención médica oncológica, las técnicas de imagen radiológica han emergido como pilares fundamentales para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades neoplásicas. Estas tecnologías han revolucionado la forma en que los profesionales de la salud abordan el cáncer, permitiendo una visualización detallada de las estructuras internas del cuerpo humano.

## 2 Objetivos

Evaluar el impacto de las técnicas de imagen radiológica en la detección temprana y precisa de neoplasias.

## 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 radiología desempeña un papel esencial en el diagnóstico y seguimiento de pacientes oncológicos. La radiografía convencional, aunque limitada en su capacidad de detección temprana, sigue siendo valiosa en la evaluación de metástasis óseas y para controlar la progresión de la enfermedad. La tomografía computarizada (TC) se destaca por su capacidad para generar imágenes transversales de alta resolución, lo que facilita la estadificación precisa y la planificación de tratamientos como la radioterapia.
Además, la TC de doble energía está emergiendo como una herramienta prometedora para la caracterización de tejidos y la detección temprana de lesiones.

La resonancia magnética (RM), por otro lado, brinda información detallada sobre tejidos blandos y es particularmente útil en la evaluación de lesiones cerebrales, hepáticas y prostáticas.
La RM de difusión y perfusión permite evaluar la vascularización y la agresividad de los tumores. La medicina nuclear, en especial la tomografía por emisión de positrones (PET-TC), se ha convertido en una piedra angular para la estadificación y monitorización de la respuesta al tratamiento en diversas neoplasias. La capacidad de visualizar la actividad metabólica y molecular de los tejidos ha mejorado la detección de lesiones tempranas y la evaluación de su respuesta al tratamiento.
En el servicio de radiodiagnóstico, los procedimientos guiados por imagen son fundamentales. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y la biopsia por punción con aguja gruesa (BAG) se realizan bajo guía radiológica, lo que permite una obtención precisa de muestras para el diagnóstico histopatológico. La radioguía también es crucial para la localización de lesiones no palpables antes de la cirugía.
La radioterapia guiada por imagen (IGRT) utiliza imágenes para asegurar la precisión en la administración de radiación, minimizando el daño a los tejidos sanos circundantes. Esto es especialmente importante en tratamientos radioterapéuticos de alta precisión, como la radioterapia conformada y la radioterapia estereotáctica.
En resumen, las técnicas de imagen radiológica tienen un impacto significativo en la evaluación integral de pacientes con neoplasias. La evolución tecnológica continúa mejorando la capacidad de detección temprana, caracterización precisa de lesiones y monitorización de la respuesta al tratamiento. La colaboración entre profesionales de la salud y la selección adecuada de técnicas de imagen desempeñan un papel vital en el cuidado de pacientes oncológicos.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que las técnicas de imagen radiológica han revolucionado la atención oncológica al proporcionar herramientas precisas y no invasivas para la detección temprana, el diagnóstico certero y el seguimiento efectivo de las neoplasias.
Desde la radiología convencional hasta las avanzadas modalidades como TC, RM y medicina nuclear, estas tecnologías han mejorado la capacidad de los profesionales de la salud para evaluar la morfología y la función de los tejidos afectados.
Si bien cada técnica tiene sus propias ventajas y limitaciones, su aplicación inter-

disciplinaria en el ámbito de la oncología ha permitido una atención más completa y personalizada.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 281

# DISTINTOS MEDIOS DE CONTRASTE QUE SE UTILIZAN EN RADIODIAGNÓSTICO

LAURA VELEZ MANZANO

PAULA MORCILLO ANTÓN

SARA SOMOHANO MAGADÁN

LUCIA CALDERON SANCHEZ

BEATRIZ MARIN PASTOR

## 1 Introducción

Podemos decir que el personal de técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear (TSID), es un personal sanitario, que se han tenido que formar en la rama específica de radiología.
Este personal, como técnicos que son, se les aplica el estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias integradas en la seguridad social. Por lo tanto, todo lo referente a los deberes, funciones e incompatibilidades se rigen según esta normativa.
El desempeño de sus funciones como personal 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.
Los contrastes radiológicos son sustancias utilizadas en los estudios de diagnóstico por imágenes para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras del cuerpo.
Los técnicos van a realizar una labor fundamental en el campo de la radiología, permitiendo mejorar la visualización de estructuras anatómicas y la detección de enfermedades. Se explorarán los medios de contraste yodados, baritados, los contrastes basados en gadolinio y el dióxido de carbono, analizando sus características, los mecanismos de acción, la administración, las indicaciones clínicas y las posibles complicaciones.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en explicar los distintos medios de contraste que se utilizan en radiología, detallando su uso, los tipos y las consideraciones clínicas a tener en cuenta.

## 3 Metodología

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 radiología es una especialidad médica, la cual usa técnicas de imagen para el diagnóstico y el seguimiento de enfermedades. Para poder analizar bien las imágenes o visualizar estructuras anatómicas de forma clara se van a utilizar contrastes.
Los contrastes son sustancias que introducidas en el organismo humano por cualquier vía van a permitir resaltar o visualizar estructuras anatómicas normales.
Existen varios tipos de contrastes:

- Según la imagen que generen se clasifican en positivos o negativos. Los contrastes positivos son los que más atenúan los rayos X, tienen un número atómico elevado y son el Bario, el Yodo y el Gadolinio. Los contrastes negativos van a atenuar menos los rayos X, tienen un número atómico bajo y son el aire, el oxígeno y el dióxido de carbono.
- Según en que aparato radiológico se utilice se encuentran:
1. Bario: se utiliza en radiología convencional. Se administra en forma de sulfato de bario por vía oral o rectal. Se utilizan para estudios digestivos. Tiene efectos adversos que son la floculación, broncoaspiración, perforación intestinal, adherencia, granulomas, estreñimiento, diarrea, heces grises, entre otras.
2. Yodo: se pueden encontrar hidrosolubles (iónicos o no iónicos) y liposolubles. Los hidrosolubles iónicos se utilizan en exploraciones de vasos arteriales, urografías, cistouretrografías, histerosalpingografía, mielografías y colangiografía. Los medios yodados liposolubles se utilizan para la exploración del sistema linfático. Los medios de contraste yodados se utilizan en radiología convencional y en tomografía computarizada (TC).
3. Gadolinio: es un contraste utilizado en resonancia magnética. Los efectos adversos que tiene el gadolinio son: cefalea, dolor, frialdad y quemazón en el sitio de la inyección, náuseas, vómitos y erupción cutánea.
Los medios de contraste se pueden administrar en el organismo de diversas formas:
- Administración oral: el sulfato de bario, aire, sales de yodo, hidrosolubles y agua. De esta forma, raramente presentan reacciones adversas serias.
- Vía rectal: se emplea el bario, yodo hidrosoluble, aire y agua. Los principales efectos son la incomodidad y el deseo defecatorio. Se administran en forma de enema para opacificar el colon.
- Vía vaginal: yodo hidrosoluble para la histerosalpingografía.
- Via articular.
- Vía intratecal: así se administran los contrastes en las mielografías.
- Vía parenteral.
Es importante tener en cuenta la composición de los medios de contraste para su correcta administración.

## 5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste son herramientas imprescindibles en radiología, dado que permiten una mejora a la hora de visualizar las imágenes y facilitan el diagnóstico de enfermedades. Es imprescindible que los radiólogos y otros profesion-

ales de la salud estén familiarizados con los distintos tipos de contraste que hay, las indicaciones y contraindicaciones y los posibles efectos adversos que pueden tener para la salud del paciente. Antes de la administración de cualquier tipo de contraste es necesario realizar una evaluación de los antecedentes personales del paciente y tener en cuenta posibles alergias que contraindiquen la prueba con contrastes. Con estas indicaciones se garantiza un uso seguro y efectivo en la práctica clínica de los medios de contraste.

## 6 Bibliografía

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 282

# DOSIMETRÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIOTERAPIA: MEJORAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

## 1 Introducción

La radioterapia es una modalidad esencial en el tratamiento del cáncer, que utiliza radiación ionizante para eliminar células cancerosas o reducir su crecimiento. A lo largo de las últimas décadas, ha experimentado avances significativos en términos de precisión y eficacia, lo que ha llevado a una mejora sustancial en los resultados clínicos para los pacientes. Sin embargo, con estos avances también ha surgido una creciente conciencia sobre la importancia de la dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia.

La dosimetría se refiere a la medición y cálculo precisos de la cantidad de radiación administrada al tejido canceroso y, al mismo tiempo, la cantidad de radiación que llega a los tejidos sanos circundantes. Este proceso es fundamental para garantizar que el tratamiento sea lo más efectivo posible en la eliminación de las células cancerosas, al tiempo que se minimiza el daño a los tejidos sanos cercanos. Cualquier error en la dosimetría podría tener consecuencias graves, lo que subraya la importancia de implementar las mejores prácticas en la clínica de radioterapia.

La seguridad del paciente en radioterapia es una preocupación primordial. La radiación ionizante es potencialmente dañina para los tejidos humanos, y cualquier exposición innecesaria o inadecuada puede tener efectos perjudiciales a largo plazo. Por lo tanto, la implementación de protocolos de seguridad rigurosos y la formación adecuada del personal son esenciales para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento correcto en las condiciones más seguras posibles.

Este enfoque en la dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia ha llevado a una evolución constante en la práctica clínica. Los avances tecnológicos en equipos de radioterapia, como la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), la radioterapia con haz conformado, la radioterapia guiada por imágenes (IGRT) y la protonterapia, han mejorado significativamente la capacidad de los profesionales de la salud para administrar tratamientos precisos y personalizados. Estos avances han permitido una mayor conformidad del tratamiento, una reducción de los efectos secundarios y una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Además de los avances en tecnología, se han desarrollado directrices y estándares internacionales específicos para garantizar una dosimetría precisa y una seguridad óptima del paciente en radioterapia. Organizaciones como la Asociación Internacional de Radioterapia y Oncología (IAEA) y la Comisión Internacional de Unidades y Medidas Radiológicas (ICRU) han desempeñado un papel fundamental en la promulgación de estas normativas.

Este enfoque en la dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia no solo ha impactado positivamente en la eficacia del tratamiento del cáncer, sino que también ha contribuido a la reducción de los efectos secundarios y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, es fundamental que los profesionales de la salud que trabajan en radioterapia estén al tanto de las últimas investigaciones, tecnologías y directrices para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento más seguro y efectivo posible.

En este artículo, exploraremos en profundidad los aspectos clave de la dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia, destacando las mejoras en la práctica clínica que han surgido en los últimos años. Analizaremos los avances tecnológicos, las directrices internacionales y las estrategias de capacitación que están dando forma al futuro de la radioterapia, y discutiremos cómo estos desarrollos están beneficiando a los pacientes y mejorando los resultados en el tratamiento del cáncer.

## 2 Objetivos

Conocer las mejoras en la práctica clínica del técnico en radioterapia y dosimetría.

## 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

La dosimetría y la seguridad del paciente son aspectos fundamentales en la radioterapia, y las mejoras en la práctica clínica en estos campos son esenciales para garantizar tratamientos efectivos y seguros. Aquí te proporciono algunos resultados y avances relacionados con la dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia hasta mi última fecha de conocimiento en septiembre de 2021:

Técnicas de radioterapia de intensidad modulada (IMRT): La IMRT ha revolucionado la radioterapia al permitir la administración de dosis precisas de radiación al tumor mientras se minimiza la exposición de tejidos sanos. Su desarrollo ha mejorado significativamente la dosimetría y la seguridad del paciente.

Radioterapia guiada por imagen (IGRT): La IGRT utiliza imágenes en tiempo real para guiar la administración de radioterapia, asegurando una alineación precisa del paciente y el tumor. Esto reduce la exposición de tejidos sanos y mejora la seguridad del paciente.

Tecnologías de protonterapia: La protonterapia permite una distribución de dosis altamente selectiva, minimizando el daño a los tejidos circundantes. Esto mejora la precisión en la dosimetría y reduce los efectos secundarios en los pacientes.

Planificación de tratamientos asistida por inteligencia artificial (IA): La IA se ha utilizado para optimizar la planificación de tratamientos de radioterapia, mejorando la dosimetría al encontrar planes de tratamiento más efectivos y seguros.

Radioterapia de haz estereotáctico (SBRT): La SBRT es una técnica de radioterapia de alta precisión que permite la administración de dosis altas en un número reducido de sesiones. Esto mejora la dosimetría y acorta la duración del tratamiento.

Control de calidad y verificación de tratamientos: Se han desarrollado técnicas avanzadas para verificar la administración precisa de la dosis, como la radioterapia de arco volumétrico y la verificación de dosis in vivo, para garantizar la seguridad del paciente.

Educación y entrenamiento: Se han implementado programas de formación y entrenamiento continuo para profesionales de radioterapia, lo que contribuye a una práctica clínica más segura y eficiente.

Regulación y normativas: Las organizaciones reguladoras y las sociedades de oncología han establecido pautas y estándares rigurosos para garantizar la seguridad del paciente en radioterapia, promoviendo una práctica clínica de alta calidad.

Información al paciente: La comunicación efectiva con los pacientes sobre los riesgos y beneficios de la radioterapia es crucial para garantizar su seguridad y comprensión del tratamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

La dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia son aspectos críticos de la atención oncológica que han experimentado avances significativos en las últimas décadas. Estos avances están diseñados para lograr dos objetivos fundamentales: garantizar que los pacientes reciban la dosis de radiación correcta para tratar sus tumores de manera efectiva y, al mismo tiempo, minimizar la exposición de los tejidos sanos circundantes para prevenir efectos secundarios y complicaciones adversas. La intersección de la tecnología médica avanzada, la física

de la radiación y las mejores prácticas clínicas ha dado como resultado mejoras notables en ambas áreas.

Uno de los desarrollos más impactantes en radioterapia es la introducción de la radioterapia de intensidad modulada (IMRT). Esta técnica permite conformar la dosis de radiación al tumor de manera altamente precisa al ajustar la intensidad del haz de radiación en múltiples ángulos. Como resultado, se puede administrar una dosis terapéutica mientras se minimiza la irradiación de tejidos sanos cercanos. La IMRT ha llevado a mejoras significativas en la dosimetría y ha aumentado la eficacia y seguridad de los tratamientos.

La radioterapia guiada por imagen (IGRT) es otro hito importante en este campo. Al utilizar imágenes en tiempo real, como la tomografía computarizada (CT) o la resonancia magnética (RM), se puede verificar y corregir la posición del paciente y del tumor antes de cada sesión de tratamiento. Esto asegura una alineación precisa y reduce el riesgo de errores, lo que contribuye a la seguridad del paciente y la precisión de la dosimetría.

Las tecnologías de protonterapia representan una forma aún más avanzada de radioterapia que utiliza protones en lugar de fotones para administrar la radiación. Los protones tienen una propiedad única llamada pico de Bragg, que permite una distribución de dosis altamente selectiva. Esto significa que la radiación se libera principalmente en el tumor, minimizando aún más la irradiación de tejidos sanos. Aunque la protonterapia es costosa y no está ampliamente disponible, ha demostrado ser especialmente beneficiosa en ciertos casos.

La inteligencia artificial (IA) también está desempeñando un papel cada vez más importante en la dosimetría y la seguridad del paciente. Los algoritmos de IA se utilizan para optimizar la planificación de tratamientos, identificando configuraciones óptimas de dosis que equilibran la destrucción del tumor con la protección de los tejidos sanos. Esto permite una atención más personalizada y efectiva.

Además de los avances tecnológicos, la seguridad del paciente en radioterapia se ha mejorado mediante un enfoque en la educación y el entrenamiento continuo de los profesionales de radioterapia. La formación rigurosa y las prácticas estandarizadas son esenciales para garantizar que el tratamiento se administre de manera segura y precisa.

La regulación y las normativas también desempeñan un papel fundamental en la seguridad del paciente en radioterapia. Organizaciones reguladoras y sociedades

científicas han establecido pautas estrictas y estándares de calidad para garantizar que los tratamientos se administren de manera segura y eficiente en todo el mundo.

En resumen, la dosimetría y la seguridad del paciente en radioterapia han avanzado considerablemente gracias a la tecnología, la formación y la regulación. Estos avances han permitido tratamientos más efectivos con menos efectos secundarios, mejorando así la calidad de vida de los pacientes oncológicos y brindando esperanza en la lucha contra el cáncer. A medida que la investigación médica y la tecnología continúan avanzando, es probable que sigamos viendo mejoras significativas en estas áreas en el futuro, lo que mejorará aún más la atención a los pacientes que requieren radioterapia.

## 6 Bibliografía

1. "Física médica en radioterapia. Fundamentos" de Pedro Andreo.
2. "Radioterapia: Bases físicas y aspectos técnicos" de Alberto García Barquero.

## Capítulo 283

# DESARROLLO DE PROTOCOLOS DE DOSIMETRÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN RADIOTERAPIA PEDIÁTRICA POR PARTE DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

## 1 Introducción

La radioterapia pediátrica es una rama especializada de la medicina que se enfoca en el tratamiento de niños con cáncer utilizando radiación ionizante. A lo largo de las últimas décadas, ha habido avances significativos en la tecnología y las técnicas utilizadas en radioterapia pediátrica, lo que ha mejorado la precisión y la efectividad de los tratamientos. Sin embargo, dado que los pacientes pediátricos son especialmente vulnerables a los efectos secundarios de la radiación y tienen una mayor esperanza de vida que los adultos, es esencial garantizar que

los protocolos de dosimetría y el control de calidad en radioterapia pediátrica estén diseñados y llevados a cabo con los más altos estándares de seguridad y precisión.

El desarrollo de protocolos de dosimetría y el control de calidad en radioterapia pediátrica es un campo en constante evolución que implica la colaboración de radioterapeutas, físicos médicos, oncólogos pediátricos, ingenieros biomédicos y otros profesionales de la salud. Estos protocolos se diseñan para garantizar que la radiación se administre con precisión al tumor, minimizando al mismo tiempo la exposición de los tejidos y órganos circundantes, lo que es esencial para reducir al máximo los efectos secundarios a largo plazo en los niños.

En este contexto, el desarrollo de protocolos de dosimetría se refiere a la creación y la optimización de las técnicas utilizadas para calcular la cantidad y la distribución de la radiación que se administra a un paciente pediátrico. Esto implica la utilización de técnicas de modelado computacional avanzadas, algoritmos de planificación de tratamientos y simulaciones de dosis para personalizar el tratamiento según las características individuales de cada paciente y el tipo de cáncer que presentan. El objetivo es lograr la máxima efectividad terapéutica con la mínima toxicidad para los tejidos sanos.

Por otro lado, el control de calidad en radioterapia pediátrica se enfoca en garantizar que todos los aspectos técnicos y clínicos de la administración de radiación estén en conformidad con las normativas y los estándares de seguridad más rigurosos. Esto incluye la calibración y la verificación de los equipos de radioterapia, la supervisión constante de la precisión de la administración de dosis, la gestión de riesgos y la formación continua del personal médico y técnico.

Este proceso es fundamental para minimizar errores y garantizar la seguridad de los pacientes pediátricos, quienes a menudo son muy jóvenes y vulnerables. Además, dado que la radioterapia pediátrica implica tratamientos a largo plazo, es esencial mantener un seguimiento constante de la dosis acumulada y su impacto en los pacientes a lo largo del tiempo.

En resumen, el desarrollo de protocolos de dosimetría y el control de calidad en radioterapia pediátrica son elementos cruciales en la atención integral de los niños con cáncer. Estos protocolos buscan garantizar que los tratamientos sean precisos, efectivos y seguros, brindando la mejor oportunidad de curación con la menor cantidad de efectos secundarios a largo plazo. Además, el continuo avance tecnológico y la colaboración interdisciplinaria en este campo prometen seguir mejorando la calidad de vida y las perspectivas de supervivencia de los pacientes pediátricos que enfrentan esta difícil batalla contra el cáncer.

## 2 Metodología

Describir los aspectos clave en el desarrollo de los protocolos de dosimetría y control de calidad en la radioterapia pediátrica.

## 3 Resultados

El desarrollo de protocolos de dosimetría y control de calidad en radioterapia pediátrica es una parte fundamental de la atención médica para niños con cáncer. Estos protocolos garantizan la administración precisa y segura de la radioterapia, minimizando los efectos secundarios y maximizando la eficacia del tratamiento. A continuación, te proporciono una descripción general de algunos aspectos clave relacionados con el desarrollo de estos protocolos:
1. Diseño de Protocolos de Tratamiento: Los protocolos de dosimetría en radioterapia pediátrica deben ser específicos para cada tipo de cáncer y edad del paciente. Se deben considerar factores como la ubicación del tumor, la edad del niño y la respuesta prevista a la radioterapia.
2. Planificación del Tratamiento: Se utiliza software de planificación de tratamiento especializado para calcular la dosis de radiación necesaria y la distribución óptima de la misma en el área afectada. La planificación debe minimizar la exposición a tejidos sanos circundantes.
3. Control de Calidad del Equipo: Es fundamental garantizar que todos los equipos de radioterapia estén funcionando correctamente y cumplan con los estándares de seguridad. Esto incluye la calibración regular de la máquina de radioterapia, verificación de la posición del paciente y la correcta administración de la dosis.
4. Dosimetría de Pacientes: Se realizan mediciones de dosis in vivo o se utilizan dispositivos de control para verificar que el paciente reciba la dosis prescrita de radiación de manera precisa.
5. Reducción de la Dosis a Tejidos Sanos: La radioterapia pediátrica se centra en minimizar la exposición de los tejidos sanos circundantes al tumor. Esto se logra mediante técnicas avanzadas de planificación y administración, como la radioterapia conformada, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) o la radioterapia guiada por imagen (IGRT).
6. Gestión de Efectos Secundarios: Se deben implementar estrategias para prevenir y manejar los efectos secundarios de la radioterapia en los niños, como el seguimiento clínico y la administración de tratamientos de apoyo.
7. Educación y Comunicación: Es importante educar a los pacientes pediátricos y

a sus familias sobre el proceso de radioterapia, sus beneficios y posibles riesgos. La comunicación abierta con los padres y el equipo médico es esencial.
8. Seguimiento a Largo Plazo: Se debe realizar un seguimiento a largo plazo de los pacientes pediátricos que han recibido radioterapia para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar posibles efectos secundarios a largo plazo.
El desarrollo y seguimiento riguroso de estos protocolos de dosimetría y control de calidad en radioterapia pediátrica son esenciales para garantizar un tratamiento efectivo y seguro para los niños con cáncer. Además, la colaboración interdisciplinaria entre oncólogos pediátricos, físicos médicos y radioterapeutas es fundamental para proporcionar la mejor atención posible a estos pacientes.

## 4 Discusión-Conclusión

En conclusión, el desarrollo de protocolos de dosimetría y control de calidad en radioterapia pediátrica es un proceso crucial para garantizar tratamientos efectivos y seguros para niños con cáncer. Estos protocolos personalizados consideran la ubicación del tumor, la edad del paciente y los estándares de seguridad más rigurosos. La atención médica pediátrica en radioterapia se esfuerza por minimizar la exposición de tejidos sanos, reducir efectos secundarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, la educación, la comunicación y el seguimiento a largo plazo son componentes esenciales para brindar un cuidado completo y centrado en el paciente. La colaboración interdisciplinaria es clave en este proceso, donde oncólogos pediátricos, físicos médicos y radioterapeutas trabajan juntos para proporcionar el mejor tratamiento posible a los niños con cáncer, brindándoles esperanza y calidad de vida en su camino hacia la curación.

## 5 Bibliografía

1. ”Radioterapia en pediatría” - Autor: José Manuel del Moral Ávila.
2. ”Radioterapia en Oncología Pediátrica” - Autores: L. Santamaría, J. Villafranca.

## Capítulo 284

# AVANCES TECNOLÓGICOS EN DOSIMETRÍA ADAPTATIVA PARA TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA PARA EL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA

MIRIAM SANTOS BELLOSO

JOSÉ CARLOS ARIAS DOMÍNGUEZ

ANDRÉS JIMÉNEZ GÓMEZ

NAZARET JIMÉNEZ BRAVO

PILAR MARÍA LÓPEZ GIMÉNEZ

## 1 Introducción

La radioterapia es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada en la lucha contra el cáncer, que emplea radiación ionizante para eliminar las células cancerosas o reducir su crecimiento. A lo largo de las décadas, esta disciplina médica ha experimentado una evolución constante, impulsada en gran medida por avances tecnológicos que han mejorado significativamente la precisión y la eficacia de los tratamientos. Uno de los desarrollos más destacados en este campo es la dosimetría adaptativa, una técnica que ha revolucionado la forma en que se administran las dosis de radiación a los pacientes.

La dosimetría adaptativa se refiere a un enfoque personalizado en la administración de la radioterapia, que tiene en cuenta las variaciones anatómicas y biológicas que ocurren a lo largo del curso del tratamiento. Tradicionalmente, los planes de tratamiento se basaban en imágenes estáticas, como las tomografías computarizadas, tomadas antes de que comenzara la radioterapia. Sin embargo, el cuerpo humano es dinámico y experimenta cambios a lo largo del tiempo debido a factores como la pérdida de peso, la inflamación o la respuesta del tumor al tratamiento. Esto puede hacer que el plan de tratamiento inicial se vuelva menos preciso con el tiempo, lo que puede resultar en la subdosificación de tejido canceroso o la irradiación de tejido sano circundante.

Los avances tecnológicos en la dosimetría adaptativa han abordado este desafío al permitir una monitorización continua y una adaptación en tiempo real del plan de tratamiento. Esto se logra mediante el uso de técnicas de imágenes avanzadas, como la tomografía computarizada en tiempo real (TC-TR) o la resonancia magnética en tiempo real (RM-TR), que permiten una visualización en tiempo real de la anatomía del paciente durante la radioterapia. Estas imágenes se comparan con los datos de referencia del plan de tratamiento original, y se realizan ajustes automáticos o manuales para garantizar que la dosis de radiación se entregue con precisión al área objetivo, minimizando al mismo tiempo la exposición a los tejidos sanos circundantes.

Un componente crucial de la dosimetría adaptativa es la informática médica avanzada, que ha hecho posible el procesamiento y la interpretación de grandes volúmenes de datos de imágenes en tiempo real. Algoritmos de software sofisticados permiten la toma de decisiones basadas en datos en tiempo real, lo que facilita la corrección de posibles desviaciones en el plan de tratamiento. Esta combinación de imágenes en tiempo real y análisis computarizado ha llevado a una mayor precisión en la administración de la radioterapia y, en última instancia, a una mejora en los resultados clínicos para los pacientes.

La dosimetría adaptativa también ha abierto nuevas posibilidades en la radioterapia guiada por la imagen (IGRT), donde se utiliza información en tiempo real para orientar la administración de la radiación con aún más precisión. Esto es especialmente beneficioso en el tratamiento de tumores en áreas móviles o difíciles de alcanzar, como los pulmones o el abdomen.

En resumen, los avances tecnológicos en la dosimetría adaptativa han transformado el campo de la radioterapia, permitiendo tratamientos altamente personalizados y precisos que maximizan la eficacia terapéutica y minimizan los efec-

tos secundarios. Esta evolución continua en la tecnología de radioterapia representa un paso significativo en la lucha contra el cáncer, brindando a los pacientes una mayor esperanza y calidad de vida en su batalla contra esta enfermedad devastadora. A medida que la investigación y el desarrollo continúen en este campo, es probable que veamos aún más innovaciones que seguirán mejorando la dosimetría adaptativa y su impacto en la atención médica oncológica.

## 2 Objetivos

Exponer la importancia de adaptar los planes de tratamiento de radioterapia a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta las diferencias anatómicas y biológicas individuales, así como las variaciones que puedan surgir durante el curso del tratamiento.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de tipo bibliográfico, buceando en bases de datos como por ejemplo: Scielo, Pubmed y Google. Se han utilizado sistemas de búsqueda en revistas de tipo científico y en artículos varios de esta categoría.

## 4 Resultados

Hasta mi última actualización en septiembre de 2021, puedo proporcionarte información sobre los avances tecnológicos en dosimetría adaptativa para tratamientos de radioterapia. Ten en cuenta que la investigación y el desarrollo en este campo pueden haber avanzado desde entonces, por lo que te recomiendo consultar fuentes actualizadas para obtener información más reciente. Aquí tienes algunos avances notables en dosimetría adaptativa:

1. **Imágenes de alta resolución**: Se han desarrollado técnicas de imágenes médicas de alta resolución, como la tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética (RM), que permiten una mejor visualización de los tumores y los órganos circundantes. Esto ayuda a los radioterapeutas a adaptar de manera más precisa la dosis de radiación durante el tratamiento.

2. **Radioterapia guiada por la imagen (IGRT)**: La IGRT utiliza imágenes en tiempo real durante la radioterapia para verificar la posición del tumor y los

órganos en riesgo, lo que permite realizar correcciones inmediatas si es necesario. Esto mejora la precisión y la seguridad de la dosimetría adaptativa.

3. **Técnicas de planificación de dosis avanzadas**: Se han desarrollado algoritmos y software de planificación de dosis más avanzados que permiten la personalización de la dosimetría para cada paciente. Esto incluye técnicas como la radioterapia intensidad modulada (IMRT), la radioterapia volumétrica arcoterapia (VMAT) y la radioterapia de protones, que pueden adaptarse de manera más eficiente a la forma y el tamaño del tumor.

4. **Integración de inteligencia artificial (IA)**: La IA se está utilizando cada vez más para optimizar la planificación de dosis y la toma de decisiones en radioterapia adaptativa. Los algoritmos de aprendizaje automático pueden analizar grandes conjuntos de datos de pacientes para mejorar la precisión en la administración de la radioterapia y predecir posibles complicaciones.

5. **Dosimetría adaptativa en tiempo real**: Algunos sistemas avanzados permiten ajustar la dosis de radiación en tiempo real durante la administración del tratamiento. Esto se logra utilizando sistemas de seguimiento de posición y movimiento del tumor que permiten adaptar la dosis sobre la marcha.

6. **Radioterapia guiada por la anatomía (ART)**: La ART implica la adaptación de la dosis de radiación en función de los cambios anatómicos diarios del paciente. Esto se logra mediante la combinación de imágenes diarias y la adaptación de los planes de tratamiento.

7. **Dosimetría adaptativa basada en biomarcadores**: Algunos investigadores están trabajando en la identificación de biomarcadores que pueden ayudar a predecir la respuesta del tumor a la radioterapia. Esto permitiría una adaptación aún más personalizada de la dosis.

Estos avances en dosimetría adaptativa han mejorado la precisión y la eficacia de los tratamientos de radioterapia, reduciendo al mismo tiempo los efectos secundarios en los tejidos circundantes. Sin embargo, es importante recordar que la radioterapia es un campo en constante evolución, por lo que es fundamental mantenerse al día con las últimas investigaciones y desarrollos para ofrecer a los pacientes la mejor atención posible.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los avances tecnológicos en dosimetría adaptativa para tratamientos de radioterapia han revolucionado la forma en que se administra la radiación a los pacientes con cáncer. Estos avances han mejorado significativamente la precisión y la eficacia de los tratamientos, al tiempo que han reducido los efectos secundarios en los tejidos circundantes. Algunos de los desarrollos clave incluyen la utilización de imágenes de alta resolución, la radioterapia guiada por la imagen (IGRT), técnicas de planificación de dosis avanzadas, la integración de inteligencia artificial (IA) y la dosimetría adaptativa en tiempo real.

Estos avances permiten una adaptación más precisa y personalizada de la dosis de radiación a las necesidades de cada paciente, lo que puede mejorar las tasas de control del tumor y la calidad de vida de los pacientes. La investigación continua y la colaboración entre científicos, radioterapeutas y especialistas en oncología son esenciales para seguir avanzando en este campo y brindar a los pacientes las mejores opciones de tratamiento disponibles. La dosimetría adaptativa representa un paso importante hacia la optimización de los tratamientos de radioterapia y la mejora de los resultados clínicos en pacientes con cáncer.

## 6 Bibliografía

1. "Radioterapia de Intensidad Modulada" de José Ignacio Torres Peña. Este libro aborda diversos aspectos de la radioterapia moderna, incluyendo la dosimetría adaptativa y las técnicas avanzadas de planificación de dosis.

2. "Dosimetría Adaptativa en Radioterapia Guiada por la Imagen" por A. J. Rosales et al. Publicado en la Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, este artículo ofrece una visión detallada de la dosimetría adaptativa y su aplicación en la radioterapia.

3. "Radioterapia Oncológica: Dosimetría y Control de Calidad" de Pedro Lara Jiménez. Este libro es una excelente fuente de información sobre los aspectos técnicos de la radioterapia, incluyendo la dosimetría y la calidad del tratamiento.

4. "Dosimetría Adaptativa en Radioterapia" por José Pérez-Calatayud et al. Publicado en la Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, este artículo revisa los avances en dosimetría adaptativa y su importancia en la práctica clínica.

## Capítulo 285

# EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA EN EL TIROIDES

RAQUEL MARTINEZ RAMIREZ

## 1 Introducción

La ecografía de la tiroides, es un método indoloro que utiliza ondas sonoras para crear imágenes para mirar la tiroides, una glándula ubicada en el cuello que regula el metabolismo todos los procesos que controlan el ritmo de actividad de las células y los tejidos

La ecografía tiroidea debería realizarse en todos los pacientes con sospecha de nódulos tiroideos, para evaluar las características del nódulo y clasificarlos de acuerdo al índice de sospecha de cáncer

Hay que estudiar cada caso de forma individual mediante una ecografía, una analítica hormonal y una entrevista clínica. Analizando todos estos datos, el radiólogo determinará si ese nódulo es sospechoso de ser maligno y entonces realizaremos la PAAF (aspiración de aguja fina) de tiroides.

Los factores más importantes para decidir si un nódulo es sospechoso y, por tanto, debe pincharse, son su tamaño, márgenes, composición y el aspecto en la ecografía, estos parámetros los podemos medir usando las tablas de TI-RADS.

Este estudio nos aporta mucha información sin ningún riesgo ni complicaciones.

La PAAF es una citología, con ella van a poder analizar células sueltas por lo que esta prueba nos da el riesgo de malignidad. Independientemente del resultado de la PAAF siempre se programará un seguimiento ecográfico según el criterio del radiólogo o especialista. La prueba es ambulatoria. De duración aproximada entre 15 y 20 min

## 2 Objetivos

Conocer el procedimiento y material que usaremos durante la punción con aguja fina de tiroides.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

PROCEDIMIENTO:
1. Lo primero que haremos es dar al paciente el CONSENTIMIENTO INFORMADO para que lo firme.
2. Es recomendable venir acompañado. Algunos pacientes son más sensibles y pueden sentirse mareadas justamente después del pinchazo, aunque los síntomas desaparecen en poco tiempo habitualmente.
3. Si el paciente esta tomando anticoagulantes lo tendrá que Suspender bajo supervisión de su medico de familia.
4. No es necesaria ninguna preparación previa ni tomar ningún medicamento especifico para la prueba.
5. Es recomendable indicar al paciente que el día de la prueba traiga ropa cómoda. Evitar collares u otros abalorios en el cuello.
6. Tumbaremos al paciente con el cuello extendido ligeramente.
7. El radiólogo realizara una eco previa para delimitar la zona donde va a realizar la punción.
8. Una vez que conozcamos la zona, limpiaremos el gel de ultrasonido y usaremos un antiséptico tópico en la zona del nódulo.
9. Prepararemos la mesa con el material que vamos a necesitar para la prueba:
• guantes estériles.
• Paño estéril
• Jeringa de 5 o 10 ml.
• Aguja verde 21G
• Gasas

• Apósito
• Funda estéril para la sonda
• bote para muestra con datos del paciente.

10. Una vez tengamos todo listo y el campo estéril preparado empezaremos con la punción, cuando el radiólogo este en el nódulo objetivo pediremos al paciente que no se mueva ni trague.
11. Una vez con la aguja dentro del nódulo, el radiólogo realizará movimientos suaves para aspirar material y asegurar que extrae muestra suficiente, entonces sacará la aguja.
12. Presionamos la entrada de la punción con una gasa estéril y tapamos con un apósito, en este tipo de procedimientos el sangrado es mínimo.
13. Abriremos el bote de para que el radiólogo deposite la muestra, siempre corroboraremos que los datos del paciente son los correctos.
14. Ayudaremos al paciente a incorporarse, al estar tiempo tumbados con la cabeza extendida es muy posible que se sientan mareados, los mantendremos sentados en la camilla antes de que se levanten del todo.
15. Les daremos las instrucciones necesarias, el resultado suele estar en unos 10 días, sera su medico peticionario quien se lo de, el apósito lo podrá retirar cuando llegue a casa y no es necesario ninguna cura.
16. El paciente se podrá marchas a casa una vez que comprobemos que no se encuentra mareado

OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA:
1. Embarazo y lactancia. La PAAF no está contraindicada en el embarazo o la lactancia, pero es conveniente saberlo, por lo que a la paciente la preguntaremos si esta en alguna de esas dos condiciones.
2. Si en las horas posteriores de la punción empieza con fiebre, se pone roja la zona o nota mucho dolor acudirá al servicio de urgencias.
3. Puede tener un ligero dolor en la zona que lo podrá tratar con analgesia habitual y/o hielo local.

## 5 Discusión-Conclusión

Los nódulos tiroideos son muy frecuentes y la gran mayoría de ellos son benignos.
LA PAAF de tiroides es un procedimiento sencillo que consiste en puncionar un nódulo tiroideo para valorar el riesgo de que sea maligno. Se debe estudiar cada

caso antes de decidir si es necesario realizar una PAAF.
Los factores más importante para sospechar que un nódulo es maligno es su tamaño y aspecto en la ecografía tiroidea, seguiremos los criterios de TI-RADS.
La función del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) durante la punción es la asistencia al radiólogo y dar un apoyo al paciente para que esté lo menos nervioso posible y facilitar así la dinámica de la prueba.

## 6 Bibliografía

1.https://www.diagnus.com/paaf/#::text=LA%20PAAF%20de%20tiroides%20es, puncionar%20en%20el%20n%C3%B3dulo%20deseado.
https://www.masendocrino.com/paaf-de-tiroides/.
2.https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-citopatologia-tiroides-puncion-por-aguja-S0716864018300798.

## Capítulo 286

# TEST RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES.

ROCÍO DEL RAMO ROMERO

INMACULADA PASTOR SICILIA

CRISTINA LOPEZ MARTINEZ

DAVID GARCÍA RUBIO

CELIA GONZALEZ-REFORMA IBAÑEZ

## 1 Introducción

Se trata de un test rápido inmunocromatográfico no invasivo que detecta de forma cualitativa los antígenos de Helicobacter pylori en muestras de heces humanas para la ayuda en el diagnóstico de infección por dicha bacteria. Es una prueba muy sencilla de realizar y altamente sensible.
Helicobacter pylori es una bacteria pequeña que posee forma de bacilo en espiral y se localiza en la pared del estómago, en la capa epitelial y en el duodeno, en la capa mucosa, este provoca úlceras duodenales y gástricas que resultan muy dolorosas. Se suele encontrar en más de un 50% de la población humana mundial. Suele ser más común en niños.
La importancia de su detección ha aumentado bastante desde que se conoce la correlación tan fuerte que existe entre la presencia de la bacteria y la confirmación de enfermedades gastrointestinales como pueden ser las gastritis, úlcera

péptica y el carcinoma gástrico. Además, su presencia está indicada como factor etiológico fundamental del cáncer de estómago.
Realmente no se sabe cómo se contrae de persona a persona, pero los investigadores afirman que puede ser a través del vómito, de las heces o de la saliva de una persona infectada, puede ser también contraída por alimentos y agua que se encuentren contaminados.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el funcionamiento y el resultado de un test rápido no invasivo para la detección del antígeno del Helicobacter Pylori en heces en el laboratorio.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El casete del test contiene en la membrana unos anticuerpos monoclonales fijados frente a antígenos del Helicobacter pylori. Por lo que la muestra, reacciona con partículas que presentan en su superficie anticuerpos anti-Helicobacter pylori, formando así un conjugado. La mezcla se irá moviendo hacia la parte de arriba de la membrana por acción capilar.
Los pasos a seguir son:
1- Dejar que el test y los diluyentes alcancen la temperatura ambiente.
2- Abrimos el kit que contiene un test card, las instrucciones y el vial de la muestra con diluyente.
3- Abrir el bote de la muestra y coger una pequeña cantidad de heces con el bastón del test hasta que quede completamente cubierto.
4- Agitar el vial con la muestra para asegurarse de una buena dispersión. Romper la parte de arriba del vial.
5- Dispensar en el pocillo de muestra (S) 4 gotas del vial.

6- Poner en marcha el cronómetro.
7- Leer los resultados al cabo de 10 minutos desde que se ha dispensado la muestra.

Los resultados de la muestran pueden ser:
- Positivo: Aparecen dos líneas rojas en la zona central del casete, es decir, en la zona de control (C) y en la zona de muestra (T). Esto significa que los anticuerpos específicos presentes en la membrana reaccionan con la mezcla del conjugado.
- Negativo: Aparece únicamente una línea de color roja en la zona de control. Significa que no existen anticuerpos específicos presentes en la muestra, pero que el volumen de muestra añadido es suficiente y el flujo el adecuado.
- Inválido: Ausencia total de líneas rojas, tanto en la zona del control como en la zona de la muestra. Puede ser debido a un volumen insuficiente de muestra, a la realización del procedimiento de forma inadecuada o al deterioro de los reactivos utilizados. Si se da este caso, deberíamos de repetir la prueba con un nuevo test.

## 5 Discusión-Conclusión

Las ventajas más características del test son la rapidez y sencillez de usar, ya que en 10 minutos tienes los resultados, que es una prueba muy sensible y no es invasiva para el paciente, por lo que es de recogida fácil. Sin embargo, es una prueba cualitativa y no puede determinar ni la cantidad ni el incremento de antígenos que haya presentes en la muestra de heces, es decir, no puede ser una prueba cuantitativa.
Hay que tener en cuenta que esta prueba proporciona unos resultados preliminares y puede dar lugar a falsos positivos o falsos negativos, por lo que se tendría que contrastar con otros métodos. Asique, es importante saber sus limitaciones y siempre buscar una confirmación adicional del resultado antes de tomar una decisión o acción basada en los resultados obtenidos.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 287

# TÉCNICAS DE PRECIPITACIÓN EN MEDIO LÍQUIDO: ESTUDIO EN EL LABORATORIO

MARÍA DE LOS ÁNGELES DELGADO GARCÍA

PABLO IBÁÑEZ DEL AMO

MINH QUYN UYEN LE

ANA LOPEZ GARCIA

ANA BELEN RIVAS ESTEVEZ

## 1 Introducción

Las técnicas de precipitación se basan en la reacción de la precipitación que ocurre cuando un antígeno soluble multivalente se une con su anticuerpo específico, dando lugar a inmunocomplejos que precipitan en el medio de la reacción. Dos componentes que por separado son solubles, precipitan cuando se unen para formar un inmunocomplejo.

Es necesario trabajar con concentraciones equimoleculares tanto de antígeno como de anticuerpo, es decir, en el punto de equivalencia. En caso contrario, se puede producir un fenómeno de zona, con un resultado falso negativo.

Si este proceso se representa gráficamente se obtiene una curva en forma de campana de Gauss. Tanto el exceso de anticuerpo como el exceso de antígeno comportan una disminución de la concentración de inmunocomplejos formados.

Las reacciones de precipitación en medio líquido se basan en medir la turbidez que produce la precipitación de inmunocomplejos en un medio líquido.
Hay dos técnicas analíticas para la medición de la turbidez: turbidimetría y nefelometría, que se basan en la dispersión de un haz de luz incidente. Se pueden utilizar para determinar anticuerpos, factores del complemento, proteínas de fase aguda y otras proteínas séricas.
En este capítulo se van a describir estas técnicas y para qué se utilizan en el laboratorio clínico.

## 2 Objetivos

Conocer el fundamento de las técnicas de precipitación en medio líquido, en que consisten y cuál es su interés en el laboratorio.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Mediante la turbidimetría se puede comparar la intensidad del rayo de luz emergente con la del rayo incidente, y teniendo en cuenta que existe relación entre la concentración del analito y la transmitancia medida en un espectrofotómetro, se puede determinar la concentración del analito.
La inmunoturbidimetría aplica este principio, midiendo la concentración de complejo inmune que se va a formar. Este proceso se utiliza para muestras que contienen grandes concentraciones de partículas dispersantes.
Si se aplica a la determinación cuantitativa de IgA, IgG e IgM en el suero del paciente, se utilizan antisueros con anti-IgA, anti-IgG y anti-IgM.
Se producen inmunocomplejos que generan una turbidez medible por fotometría a 365 nm. La cantidad de inmunocomplejos formados es proporcional a la concentración de inmunoglobulina presente en la muestra.

En cambio, cuando la muestra contiene pequeñas concentraciones de partículas dispersantes, es más recomendable recurrir a la inmunonefelometría que a la inmunoturbidimetría.
Esta técnica mejora la sensibilidad utilizando un láser y agregando polietilenglicol a la solución, lo que provoca que el agregado aumente. Los complejos antígeno-anticuerpo formador se cuantifican mediante el gradiente de difracción del rayo láser que producen. Se mide la dispersión de la luz en un ángulo aproximado de 70º.
La principal limitación que tiene esta técnica es la interferencia que puede causar la turbidez propia de la muestra, ya sea por la presencia de complejos inmunes preexistentes o de otros agregados moleculares insolubles de origen no inmunológico. Este aspecto se controla mediante la utilización de un blanco en la muestra.
Los nefelómetros más simples se basan en una lectura de punto final, se utiliza un exceso de anticuerpos que se van añadiendo a la muestra hasta llegar al punto de equivalencia, momento en que se realiza la medida de la luz dispersada.
Este tipo de técnicas se utilizan en laboratorio para la cuantificación de proteínas, enzimas, inmunoglobulinas séricas, hormonas, virus…

## 5 Discusión-Conclusión

La inmunonefelometría es un método sensible, reproducible y rápido, gracia al grado de automatización de los nefelómetros disponibles actualmente en el mercado. Existen otros tipos también de nefelómetros más sofisticados, que utilizan sistemas de lectura continua para computar la cinética de la formación de los complejos, es decir, el cambio de señal por unidad de tiempo.
Estas técnicas se utilizan en todos los laboratorios, por ello es importante conocer su fundamento y para qué sirven. Además, cada vez se están volviendo más sofisticados y dan unos resultados más fiables y exactos.
La diferencia principal entre ambos es la forma en la que incide la luz, de ahí que se utilicen para distintas concentraciones.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. https://issuu.com/glpalo/docs/tel_2014_07/195

https://www.sintesis.com/data/indices/9788491711452.pdf.

## Capítulo 288

# EL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO Y EL TEST DE PAPANICOLAOU

MARIAM BLANCO NOVILLO

TAMARA HERRERO VALERO

LAURA HERNÁNDEZ LOZANO

LORETO GARCIA RODRIGUEZ

## 1 Introducción

El cáncer de cuello uterino es el cáncer que se origina en las células del cuello del útero, las cuales se multiplican sin control, sobrepasando la cantidad de células normales. El cuello del útero es la parte final, inferior y estrecha del útero, que sirve de entrada a este y que conecta el útero con la vagina. También es conocido como cáncer de cérvix, cáncer cervical o cáncer cervicouterino. Este es el tercer tipo de cáncer más común en las mujeres a nivel mundial.

El desarrollo del cáncer cervical suele ser muy lento y comienza como una afección precancerosa denominada displasia. La displasia se puede detectar mediante una prueba de Papanicolaou y es tratable.

Las pruebas de detección y la vacuna contra el virus del papiloma humano pueden ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino. Cuando este se detecta en las etapas iniciales, se puede tratar, con altas probabilidades de sobrevivir y tener una buena calidad de vida.

La citología o test de Papanicolaou es la prueba que sirve para diagnosticar les lesiones precursoras o el propio cáncer de cuello uterino. Consiste en recoger una muestra de las células del cuello uterino para analizarlas con un microscopio. También puede detectar posibles infecciones causadas por bacterias, virus u hongos. Es una técnica muy sencilla que dura menos de 5 minutos.

En este capítulo se describirán de manera más detallada el cáncer de cuello de útero y la prueba de Papanicolaou.

## 2 Objetivos

- Definir y conocer el cáncer de cuello del útero y sus características principales.
- Describir la citología ginecológica o test de Papanicolaou.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El cáncer de cuello uterino es el cáncer que se origina en las células del cuello del útero. Generalmente, su desarrollo es muy lento y comienza con una afección pre cancerosa denominada displasia, en la que las células sufren cambios y se convierten en células anormales en el tejido del cuello uterino. Si estas células anormales no se destruyen o se extraen, pueden volverse cancerosas, multiplicarse y diseminarse a las áreas que lo rodean.

El cuello del útero es la parte final, inferior y estrecha del útero, que sirve de entrada a este y que conecta el útero con la vagina. El cuello uterino tiene dos partes:

- El ectocérvix o exocérvix es la parte más baja del cuello uterino que se observa durante un examen ginecológico. Está revestido de células delgadas y planas, denominadas células escamosas.

- El endocérvix es la parte interna del cuello uterino y forma el canal que conecta la vagina con el útero. Está revestido de células en forma de columna que producen moco, denominadas células glandulares.
El endocérvix y el ectocévix se juntan en la unión escamocolumnar, también llamada zona de transformación. Posee tanto células escamosas como células glandulares. La mayoría de los cánceres de cuello del útero comienzan en esta zona.

Los principales tipos de cáncer de cuello uterino son los siguientes:
- Carcinoma de células escamosas: Se origina en las células del ectocérvix. También se conoce como carcinoma epidermoide. Hasta el 90% de los casos de cáncer cervical se deben a este tipo.
- Adenocarcinoma: Se origina en las células glandulares del endocérvix.
En determinadas ocasiones el cáncer de cuello uterino tiene características de carcinoma de células escamosas y de adenocarcinoma. Esto se conoce como carcinoma mixto o carcinoma adenoescamoso. Es muy poco frecuente que el cáncer se origine en otras células del cuello del útero.
Inicialmente, el cáncer cervical no presenta síntomas. Los primeros síntomas que pueden darse son el sangrado vaginal anormal entre períodos, después de las relaciones sexuales o después de la menopausia, flujo vaginal anormal o períodos menstruales más abundantes y duraderos. Una vez que el cáncer ha avanzado, pueden aparecer otros síntomas como dolor de espalda, fracturas o dolor de huesos, fuga de orina o heces por la vagina, pérdida de apetito y dolor pélvico, entre otros.
Los factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad de padecer cáncer de cérvix incluyen tener múltiples parejas sexuales, practicar actividades sexuales de alto riesgo, no ponerse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), un sistema inmunitario debilitado, tabaquismo o personas cuyas madres tomaran durante el embarazo un medicamento llamado dietilestilbestrol (DES) a comienzos de los años 60 para prevenir el aborto espontáneo.
La causa de la mayoría de casos de cáncer de cuello de útero es la infección por los serotipos de alto riesgo de desarrollar el VPH (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68). Los serotipos 16 y 18 causan el 80% de todos los cánceres de cuello uterino.
Existen ciertas medidas de prevención como recibir la vacuna contra el VPH, practicar relaciones sexuales con protección, limitar las parejas sexuales y las prácticas sexuales de alto riesgo, someterse a pruebas de Papanicolaou con la frecuencia aconsejada, hacerse la prueba de VPH y no fumar.
Para detectar las etapas pre cancerosas de las células del cuello del útero o diagnosticar el cáncer cervical se pueden llevar a cabo varias pruebas:

- Test de Papanicolaou (Pap): Consiste en obtener células del cuello uterino mediante raspado. Detecta el pre cáncer y el cáncer.
- Prueba de ADN para la detección del VPH: Se puede realizar junto con la prueba de Papanicolaou, tras obtener un resultado anormal en esta o como prueba inicial.
- Colposcopia: Consiste en examinar el interior de la vagina y el cuello uterino usando una cámara con fuente de luz blanca. Se realiza con un aparato llamado colposcopio.
- Biopsia cervical: Consiste en obtener tejido del cuello uterino y observarlo bajo el microscopio. En algunas ocasiones se realiza una biopsia denominada conización, que consiste en obtener un fragmento de tejido del cuello uterino en forma de cono.

Una vez diagnosticado el cáncer cervical se realizan otras pruebas para realizar una estadificación del cáncer. Estas pruebas pueden incluir radiografía del tórax, tomografía computarizada del abdomen y la pelvis y resonancia magnética del abdomen y la pelvis, entre otras.

El tratamiento del cáncer del cuello uterino depende de algunos factores como la etapa del cáncer, el tamaño o forma del tumor, la edad y salud general de la mujer y su deseo de tener hijos en el futuro.

Para el pre cáncer cervical o el cáncer cervical muy temprano se pueden usar varios tipos de cirugía:

- Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP): Utiliza un alambre delgado con electricidad a bajo voltaje para eliminar las células pre cancerosas o cancerosas.
- Criocirugía: Elimina las células pre cancerosas o cancerosas mediante la congelación.
- Cirugía láser: Usa la luz láser para quemar las células precancerosas o cancerosas.
- Histerectomía: Se extraen el útero y el cuello uterino. Es la forma más común de tratar el cáncer de cérvix o el precáncer en mujeres que ya se han sometido a varios LEEP y/o no quieran tener más hijos.

Cuando el cáncer cervical está en una fase más avanzada, se pueden usar otros procedimientos:

- Histerectomía radical: Además del útero y el cuello del útero se pueden extirpar los ovarios, los ganglios linfáticos adyacentes y la parte superior de la vagina.
- Radioterapia: Se aplican rayos de alta energía (como rayos X) para destruir las células cancerosas. Se puede llevar a cabo en el cuello uterino desde una máquina o usar la braquiterapia, que consiste en colocar una semilla que contiene una fuente de radiación dentro de la vagina, cerca del cuello del útero.

- Quimioterapia: Se usan medicamentos administrados por vena que destruyen las células cancerosas.
- Evisceración pélvica: Se realiza una cirugía para extirpar todos los órganos de la pelvis, incluidos la vagina y el recto.

El test de Papanicolaou o citología vaginal es una prueba ginecológica utilizada para detectar células precursoras de cáncer o el propio cáncer de cuello uterino e incluso infecciones causadas por bacterias, hongos o virus, como el VPH, que es la principal causa del cáncer cervical. Esta técnica consiste en recoger una muestra de las células del cuello del útero para después analizarlas al microscopio.
Para la recogida de la muestra, la paciente se tumba en la camilla en posición ginecológica o de litotomía. Después se coloca un espéculo en la vagina para poder visualizar el cuello del útero. A continuación se introduce un cepillo y una espátula y se realiza un suave raspado, obteniendo la muestra de las paredes vaginales, el canal endocervical y la parte externa del cuello uterino y se extiende sobre un portaobjetos. Por último se manda al laboratorio y allí se analiza, visualizándolo bajo el microscopio.
La citología se recomienda a todas las mujeres de 21 a 65 años, aproximadamente. Se puede realizar antes o después de los 21, según el inicio de la vida sexual, ya que antes no suele ser necesaria. Desde la primera citología hasta los 30 años se aconseja repetirla cada 3 años y desde los 30 a los 65 años cada 5 años. En algunas situaciones se recomienda llevarla a cabo todos los años, como citologías previas positivas, detección de verrugas genitales provocadas por el VPH, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual o una vida sexual muy activa.
Se deben seguir ciertas recomendaciones antes de la citología, como que la regla haya finalizado tres o cuatro días antes, no mantener relaciones sexuales las 48 horas previas, no utilizar tratamientos como óvulos, cremas o espermicidas en la última semana y lavar la zona con agua y jabón neutro, sin recurrir a lavados internos o desodorantes vaginales. Esta prueba es segura, no dolorosa, y se realiza en pocos minutos, aunque puede causar incomodidad o una pequeña molestia. Tras ella puede darse un pequeño sangrado.
Los resultados de la prueba de Papanicolaou se consideran normales cuando las células analizadas corresponden a un cérvix y vagina sanos. En algunos casos pueden aparecer hallazgos no relacionados con cáncer, sino con infecciones o cambios celulares reactivos a estas infecciones u otras irritaciones. Respecto a los resultados relacionados con el pre cáncer y el cáncer cervical, hay diversas maneras de expresarlos:
La forma más utilizada es la escala del 1 al 5:
- Normal

- Atípico (zona gris)
- Displasia (precáncer)
- Carcinoma in situ (cáncer no invasivo)
- Cáncer invasivo

Otra clasificación es la clasificación "TBS" que clasifica las citologías en:

- ASCUS: Células atípicas de dudosa significación
- LGSIL: Cambios de bajo grado
- HGSIL: Lesión de alto grado
- Cáncer

El test de Papanicolaou es una prueba de cribado y ha reducido la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello del útero en gran medida.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos sacar varias conclusiones importantes de este artículo:

- El cáncer de cuello uterino es el cáncer que se origina en las células del cuello del útero. Se desarrolla de manera lenta y comienza como un estado pre canceroso denominado displasia. Si no se eliminan las células afectadas, con el tiempo se transforma en cáncer.
- La principal causa conocida de este cáncer es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Los serotipos 16 y 18 causan el 80% de todos los cánceres de cuello uterino. Existe una vacuna contra este virus.
- Para su diagnóstico se usa el test de Papanicolaou y la prueba del VPH. Si se obtienen resultados anormales en estas pruebas se realizan otras complementarias para confirmar, como las biopsias o las colposcopias, y para estratificar el cáncer, como radiografías y resonancias magnéticas.
- La mayoría de casos de cáncer de cuello del útero son carcinomas de células escamosas, que son las células del ectocérvix.
- Se puede usar tratamientos contra el pre cáncer y el cáncer como la criorirugía, la cirugía láser, la histerectomía, la radioterapia o la quimioterapia.
- El test de Papanicolaou es una prueba de cribado que ha reducido en gran medida la incidencia y mortalidad del cáncer cervical y se utiliza para detectar células precursoras de cáncer o el propio cáncer de cuello uterino e incluso infecciones causadas por bacterias, hongos o virus, como el VPH. Consiste en recoger una muestra de las células del cuello del útero para después analizarlas al microscopio. Es una prueba sencilla, poco dolorosa y rápida.
- Es importante obtener la muestra de las paredes vaginales, el canal endocervical y la parte externa del cuello uterino.

- Como cualquier prueba de laboratorio, se deben seguir unas indicaciones antes de llevarla a cabo, como no mantener relaciones sexuales durante las 48 horas previas o que la regla haya finalizado tres o cuatro días antes, entre otras.
- Los resultados se consideran como normales cuando las células corresponden a un cérvix sano y anormales. En algunos casos se obtienen resultados no relacionados con cáncer, sino con infecciones o simples cambios celulares. Los resultados anormales corresponden al precáncer y el cáncer cervical y existen varias escalas para estadificarlos.

## 6 Bibliografía

1. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino
2. Mayo Clinic [Internet]. Cáncer de cuello uterino [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501
3. American Cancer Society [Internet]. Cáncer de cuello uterino [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/si-usted-tiene-cancer-de-cuello-uterino.html
4. MedlinePlus [Internet]. Cáncer cervical [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000893.htm
5. Tu canal de salud [Internet]. La importancia de la citología en la salud de la mujer [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://www.tucanaldesalud.es/es/voz-especialista/importancia-citologia-salud-mujer
6. Policlínica Metropolitana [Internet]. Citología: ¿Qué es y cómo se lleva a cabo? [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/citologia/
7. MedlinePlus [Internet]. Prueba de Papanicolaou [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003911.htm
8. MedlinePlus [Internet]. Prueba de Papanicolaou [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-papanicolaou/
9. Dexeus mujer [Internet]. Citología [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/ginecologia/citologia
10. Lab Test Online [Internet]. Citología vaginal [citado 28 sep. 2023]. Disponible en: https://www.labtestsonline.es/tests/citologia-vaginal

## Capítulo 289

# LAS APLICACIONES Y COMPETENCIAS QUE TIENE EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ENFOCADO A LOS EQUIPOS DE RAYOS X PORTÁTILES EN LOS HOSPITALES

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

## 1 Introducción

La medicina ha experimentado avances notables en las últimas décadas, especialmente en el ámbito de diagnóstico por imagen. Los estudios radiológicos se han vuelto una herramienta importante para determinar, con precisión, el estado de salud de un paciente y diseñar tratamientos específicos. En este campo, destaca la figura del técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear (TSIDMN), cuya formación especializada le permite manejar y gestionar equipos de alta complejidad, como los rayos X portátiles, en entornos hospitalarios.
El diagnóstico por imagen se ha aceptado como una disciplina que combina la ciencia médica con la tecnología de vanguardia, permitiendo visualizar con gran detalle de estructuras y funciones del cuerpo humano. Esta combinación da una ventaja competitiva a la hora de identificar pronto enfermedades, anomalías o

lesiones, que en muchos casos, no pueden ser detectadas a tiempo a través de exámenes clínicos convencionales.
Los equipos de rayos X portátiles, específicamente, representan una revolución en el mundo del diagnóstico. Su facilidad de transporte y adaptabilidad en distintos ambientes hospitalarios los hace especialmente útiles en situaciones donde el paciente no puede ser movido con facilidad, como las unidades de cuidados intensivos o salas de emergencia. No obstante, su manejo necesita un conocimiento técnico detallado y una comprensión profunda de los principios radiológicos para garantizar imágenes de alta calidad y, al mismo tiempo, garantizar la seguridad del paciente y el profesional.
El presente trabajo tiene de propósito explicar las diferentes funciones específicas, competencias y relevancia del papel del TSIDMN , con un detalle concreto en su labor al manejar equipos de rayos X portátiles en entornos hospitalarios. Mediante el texto, se alineará el alcance de su formación, las responsabilidades relacionadas con su labor y la importancia de estos de profesionales en la sanidad actual.

## 2 Objetivos

Los objetivos principales son explorar las funciones y competencias del TSIDMN en los hospitales, analizar la relevancia y aplicaciones de los equipos de rayos X portátiles en los distintos ámbitos sanitarios y evaluar las prácticas de protección radiológica relacionadas con el técnico durante la operación de equipos radiológicos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

El TSIDMN se ha consolidado como una figura esencial dentro del ámbito sanitario. Estos profesionales a través de una formación especializada están capacitados para gestionar equipos de elevada complejidad y participar activamente en procesos diagnósticos, particularmente operando equipos de rayos X portátiles en un hospital.

Dentro de las funciones que este técnico realiza en la sanidad, destaca su capacidad para preparar y operar equipos de Rayos, garantizando que estos estén en condiciones óptimas para realizar exploraciones radiológicas.

Es importante que cada equipo sea calibrado y ajustado de acuerdo a las necesidades específicas del paciente y la indicación médico, lo que asegura imágenes claras y precisas. Además, este técnico debe conocer en detalle la anatomía y fisiología humana para poder identificar áreas de interés y colaborar eficazmente con el equipo médico en la interpretación de los resultados.

El manejo de equipos portátiles en ambientes hospitalarios añade otra capa de complejidad a su trabajo. Estos dispositivos, diseñados para ser transportados y utilizados en distintas áreas del hospital, necesitan un manejo cuidadoso y especializado.

El técnico debe ser competente en la configuración rápida del equipo en distintos entornos, garantizando una operación segura tanto para el paciente como para otros profesionales de salud presentes. Es importante, que el técnico esté preparado para afrontar situaciones de emergencia o complicaciones, adaptando a su trabajo a las circunstancias cambiantes de un hospital.

A parte del manejo de equipos, la seguridad radiológica es fundamental. El técnico debe garantizar que la dosis de radiación administrada al paciente sea la mínima indispensable para obtener una imagen diagnóstica de calidad. Esto necesita una comprensión detallada de los principios radiológicos, el funcionamiento de los equipos y las técnicas de protección para reducir la exposición a la radiación.

La comunicación con otros profesionales y con el paciente es importante. Aunque la interpretación clínica de las imágenes la labor de los médicos facultativos, el técnico hace una labor indispensable en la obtención de imágenes de calidad y en la transmisión de información importante acerca del procedimiento y cualquier observación que pueda ser útil para diagnosticar.

Finalmente, el continuo avance tecnológico en el campo de la radiología implica que estos técnicos deben estar constantemente actualizándose y formándose. No sólo es importante conocer las características y el funcionamiento de los equipos actuales, sino también estar preparados para adaptarse a las innovaciones que

surjan, garantizando así un servicio de calidad y actualizado a las demandas y necesidades del sistema de salud.

## 5 Discusión-Conclusión

A través de la formación especializada y continua actualización, estos profesionales garantizan la operatividad y seguridad de herramientas importantes en el diagnóstico médico, como los equipos de rayos portátiles. La portabilidad de estos dispositivos ha actualizado la capacidad de respuesta en ambientes críticos, dando una herramienta invaluable para atención rápida y precisa en distintos contextos hospitalarios. En cambio, con estas ventajas ,viene una responsabilidad inherente de garantizar la seguridad del paciente y de mantener la calidad de imagen. En este escenario, el técnico no solo se convierte en el operador de un dispositivo ,sino en un garante de la salud y el bienestar del paciente, un colaborador activo en el proceso diagnóstico y un puente comunicativo entre la tecnología y la atención médica. Por lo tanto, la formación y preparación de estos profesionales debe ser vista no solo como una necesidad, sino como una inversión en la calidad del sistema sanitario.

## 6 Bibliografía

1. Martínez García AI, et al. Técnicas de imagen por radiación. Barcelona: Editorial Médica; 2017.
2. Rodríguez Fernández A, Sánchez López M. Radiología y diagnóstico por imagen: una visión integrada. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2019.
3. López Moratalla N, Pérez Herrero MC. Fundamentos físicos y equipos en radiología diagnóstica. Bilbao: Universidad de Deusto; 2016.
4. Gómez Chamorro C. Prácticas seguras en radiología: guía para técnicos y profesionales. Valencia: Publicaciones Universitarias; 2018.
5. Ortiz Cruz E, Villanueva Cabello MT. Rayos X portátiles en entornos hospitalarios: uso y aplicaciones. Sevilla: Ediciones Sanitarias; 2020.

## Capítulo 290

# EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA Y EL CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO.

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 cuanto al cáncer de páncreas metastásico.
El cáncer de páncreas es una neoplasia que se manifiesta en su inicio en el propio páncreas. Su pronóstico suele ser muy negativo, ya que cuando muestra los síntomas es que se ha diseminado al resto de los órganos. Por eso la mayoría de los casos cuando son detectados son en etapas muy tardías y el tumor ya no es operable.
El más habitual de cáncer de páncreas, es aquel que tiene su origen en las células exocrinas, las cuales que componen la mayor parte de dicho órgano, comienzan a crecer de forma descontrolada, llegando a extenderse con gran facilidad al resto de los órganos

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica sobre el profesional de Técnico de Radioterapia en canto al cáncer de páncreas metastásico.

## 3 Metodología

Como preparación para este estudio, se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el área de investigación mediante la referencia de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

## 4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente, el cáncer de páncreas es un tipo de neoplasia en el que diagnóstico precoz resulta muy complicado. En la mayoría de los casos los pacientes no suele manifestar síntoma alguno hasta que la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado, de tal forma que en muchas situaciones ya se ha extendido a otros órganos cercanos, produciendo metástasis, haciendo más complicado el tratamiento terapéutico. Además, en la actualidad no hay establecido un plan de cribado para poder llevar a cabo un diagnóstico mucho más temprano y con mayor posibilidad de supervivencia. Igualmente, la localización

del mismo órgano, en una parte profunda, hace muy difícil, su palpación y su visualización, aparentemente.
El principal tratamiento para este tipo de enfermedad, en la que el tumor no es operable, es decir, no hay posibilidad de extirpar el tumor, es la quimioterapia conjunta con la radioterapia, que suele ser la opción más habitual y que muestra mejores resultados, considerado el tratamiento estándar, destacando como principal efecto secundario la toxicidad gastrointestinal. En la que en diversos estudios que se ha llevado a cabo se ha extraído la conclusión, que esta empeora según el volumen del órgano irradiado. Por ello, para evitar o tratar disminuir este efecto aparece la Radioterapia Estereotáctica Extracraneal, junto con técnicas de control de movimiento de órgano tumoral por la propia respiración, limitando el margen de los órganos irradiados, haciendo disminuir el nivel de toxicidad. Y, por tanto, que los efectos secundarios sean menores.
La duración del mismo es corto, 3 a 5 fracciones en días seguidos frente el tratamiento habitual de radioterapia clásico, que emplea un número aproximado de 25 fracciones, lo que implica unas 5 semanas más o menos.

## 5 Discusión-Conclusión

Podemos extraer de la revisión bibliográfica llevada a cabo y determinados estudios de investigación que se han realizado, que el tratamiento de Radioterapia Estereotáctica Extracraneal ha resultado efectivo concretamente en el cáncer de páncreas localmente avanzado, si bien es cierto que no podemos concluir que suponga una mayor supervivencia, pero lo que sí ha quedado demostrado que la duración del tratamiento, más corto, el empleo de altas dosis de radiación focalizadas con gran exactitud en a la zona a tratar supone un tratamiento mucho más cómodo y apenas invasivo que facilita que el paciente pueda retomar lo más pronto posible su vida cotidiana, al igual que el grado de toxicidad que produce es bastante tolerable(la gran precisión de los haces de radiación). Por ello, cada vez la Radioterapia Estereotáctica Extracraneal cobra mayor interés y relevancia en el campo de la oncología.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 291

# PRUEBA DE LA REAGINA PLASMÁTICA RÁPIDA: CONFIRMATORIO DE SÍFILIS

ELENA APARICIO ABAD

## 1 Introducción

Se denomina reagina a una proteína similar a un anticuerpo que se une a un antígeno en las pruebas no treponémicas.
La prueba de la reagina plasmática determina de forma macroscópica la presencia de anticuerpos no treponémicos frente al Treponema pallidum.
El Treponema pallidum es una bacteria gram negativa con una forma helicoidal característica perteneciente a la familia de las espiroquetas, la cual es la causante de la enfermedad conocida como sífilis.
La sífilis es una enfermedad que se transmite por vía sexual o vertical durante la gestación. La bacteria causa infección al penetrar a través de la piel y las mucosas, normalmente de los órganos genitales, aunque también puede transmitirse de otras formas.
Podemos diferenciar varios tipos de sífilis:
- Sífilis precoz, es la que se adquiere en el último año. Comprende la sífilis primaria o el chancro sifilítico; la secundaria, que tiene una clínica compatible con serologías positivas, y la sífilis latente precoz, que igual que la secundaria, las serologías son positivas, pero el paciente es asintomático.
-Sífilis tardía, es la que se ha adquirido más allá del año y comprende la sífilis latente tardía y la terciaria. En estos tipos de sífilis el paciente no es contagioso.

Para esta clasificación es importante conocer los datos clínicos y serológicos del paciente, así como los conductuales (si tiene pareja estable, los números de contactos sexuales en los últimos meses, etc.).
En los últimos estudios se ha descubierto que las personas que son VIH positivo tienen mayor riesgo a contraer la enfermedad.
Esta prueba se usa como cribado en el diagnóstico de la sífilis, así como para determinar la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. En la embarazada su realización está indicada en el primer trimestre del embarazo y seguimiento de la efectividad del tratamiento.

## 2 Objetivos

- Describir la técnica rápida para detección de la sífilis.
- Dar a conocer la bacteria causante de la enfermedad, el treponema pallidum.
- Plantear la importancia de la detección rápida de la enfermedad.

## 3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre libros publicados, temarios de oposiciones y artículos científicos procedentes de bases de datos como son: Scielo, Medlineplus y Google scholar.

## 4 Resultados

Para la realización de esta técnica, la muestra del paciente se mezcla con un reactivo que posee cardiolipina, lecitina y colesterol, estabilizados con EDTA y partículas de carbón. La reacción se efectúa en una tarjeta de superficie plástica donde ambos se mezclan. Si la reacción es positiva se observan pequeños grumos (floculación) y se es negativa no se observa ningún grumo.

Para esta técnica las muestras que se suelen usar son suero, sangre total o plasma. Es preferible el suero, sobre todo si el resultado se va a demorar más de 48 h.
Los sueros pueden almacenarse en nevera durante una semana. En el caso de que la técnica no se realice en una semana, se deberán congelar a -20º C.
No se debe realizar la prueba en muestras lipémicas o hemolizadas, ya que pueden dar resultados erróneos.

Material que vamos a necesitar:
- Reactivos.
- Suero fisiológico al 0,9%.
- Pipetas.
- Puntas de pipeta.
- Palillos.
- Agitador orbital que permite velocidad de giro de 100 revoluciones por minuto (rpm).
- Tarjetas de plástico con 10 círculos de 18 mm cada uno.
- Reloj temporizador.

Procedimiento:

Lo primero que hacemos es coger la tarjeta de plástico y numerar los círculos para hacer una serie de diluciones: ½, ¼, 1/8, 1/16. En total utilizaremos 5 círculos. En los círculos 1 y 2 se echan 50 ul de la muestra del paciente (suero o plasma) y en los círculos del 2 al 5 se echan 50 ul del suero fisiológico.

A partir de aquí comenzaremos con la serie de diluciones.

En el círculo 2, los 50 ul del suero fisiológico y los 50 ul de la muestra del paciente se mezclan con un palillo mediante movimientos circulares. De esta mezcla se echan 50 ul al círculo 3 que se mezclan con los 50 ul del suero fisiológico y seguiremos haciendo lo mismo del 3 al 4 y del 4 al 5.

Una vez tengamos las diluciones ya hechas, cogemos el reactivo que contiene el antígeno y las partículas de carbón y dispensamos una gota sobre cada círculo de la tarjeta y lo homogeneizamos con un palillo haciendo movimientos circulares.

A continuación, colocamos la tarjeta en una cámara húmeda y la ponemos sobre el agitador orbital a una velocidad de 100 +/- 2 rpm.

Después, con la tarjeta en la mano, la rotamos manualmente para una mejor observación de los resultados. Pondremos la tarjeta debajo de la luz de lámpara para poder visualizarlo bien y que no haya errores de interpretación.

Si la mayor dilución, que en este caso es 1/16, resultara positiva, es preciso hacer más diluciones hasta obtener el punto final.

Interpretación de resultados:

La presencia de agregados negros, ya sean bien marcados o pequeños, se consideran una reacción positiva.

La concentración de unos agregados negros finos rodeados de un área difusa de suspensión, se considera una reacción positiva débil.

La concentración de carbón suave en el centro del círculo, o la presencia de una suspensión gris suave uniforme que ocupa todo el centro de la prueba, se considera un resultado negativo.

## 5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la sífilis no debe hacerse basándonos en un solo resultado positivo sin el respaldo de antecedentes o evidencia clínica positiva. Por lo tanto, al igual que con cualquier procedimiento de análisis serológico, las muestras cuya prueba en tarjeta resulte reactiva deben someterse a estudios serológicos adicionales.

Pueden aparecer falsos positivos en muestras de suero o plasma de pacientes usuarios de drogas por vía parenteral, infectados con VIH, con mononucleosis infecciosa, con enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso, lepra, neumonía vírica, hepatitis, embarazo o que haya recibido inmunizaciones víricas.

Pueden dar reacciones falsamente negativas pacientes con sífilis latente o tardía, así como estadios muy precoces de la infección.

Por todo esto, la prueba de la reagina plasmática tiene que apoyarse en otras pruebas a la hora de emitir un diagnóstico.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 292

# EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA

ALMUDENA RODRÍGUEZ TIRADO

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

BEATRIZ MARIN PASTOR

## 1 Introducción

En este capítulo hablaremos sobre el Técnico de Radioterapia en la unidad de radioterapia oncológica.
El servicio de radioterapia oncológica de un hospital, es un servicio del que no disponen todos los hospitales, puesto que este servicio presenta un elevado coste, tanto de infraestructuras como de equipos que permitan llevar a cabo el mismo. Además este está formado de un gran equipo multidisciplinar como son médicos oncólogos, radiofísicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) y, por último, pero no menos importante, ya que son la parte de los profesionales a los que voy a dedicar este capítulo, técnicos en radioterapia y dosimetría.

## 2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en explicar las funciones del Técnico de Radioterapia en la unidad de radioterapia oncológica.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El técnico en radioterapia y dosimetría es el encargado de administran dosis de radiación, casi siempre rayos X, para tratar el cáncer y otras enfermedades que así lo requieran para ello utilizan equipos de alta precisión con los qué controlan la radiación qué se le suministra al paciente.
Con la radioterapia conseguimos producir la muerte radioinducida de las células oncológicas, además también podemos conseguir reducir el tamaño tumoral para así poder hacerlo accesible a la cirugía.
En este caso la radioterapia sería neoadyuvante, pero no siempre tiene por que seguir este orden, en otras ocasiones se dará de manera adyuvante es decir después de la cirugía para evitar así futuras recidivas, como también se podrá dar de manera concomitante con otros tratamientos como son en su gran mayoría, quimioterapia.
Los técnicos en radioterapia forman parte de un equipo multidisciplinar formado por otros profesionales sanitarios, incluyendo médicos especialistas (oncólogos clínicos), enfermeros, físicos médicos y TCAES.
Los técnicos en radioterapia participan en todas las etapas del proceso oncológico por el que pasa un paciente que requiera radioterapia. Este proceso comienza siempre en cadena, cuando el medico pauta el tratamiento a elección, una vez diagnosticada la tumoración.
El técnico realiza una tomografía computarizada (TC), también llamado TC de simulación, con la que nos valemos para esclarecer el tamaño y la localización exacta del tumor, y así poder llevar a cabo una adecuada planificación del mismo. Esta adecuada planificación requiere calcular la dosis de radiación exacta y necesaria para eliminar la tumoración pero consiguiendo al mismo tiempo reducir al máximo las dosis recibidas por los órganos circundantes así como limitar las que reciben aquellos órganos de riesgo que presentan una elevada radiosensibilidad.
Previamente al tratamiento, el técnico se encargará de informar al paciente cómo será su tratamiento. Lo que dará paso a crear una relación con el paciente crucial

para el tratamiento ya que este se ve beneficiado de la misma, en apoyo mutuo puesto qué el paciente recibe ese apoyo emocional y el técnico consigue la confianza suficiente para que el paciente le proporcione datos de suma importancia, que sin esa confianza no proporcionaría.
Los técnicos elaboran un plan de tratamiento en el que suministran la radiación en un determinado numero de sesiones espaciadas en el tiempo para así conseguir que las células sanas se regeneren, puesto que ya sabemos que las células sanas tienen un poder de recuperación mayor a las tumorales esto se debe a que presentan menos radiosensibilidad por lo que nos esos espacios entre sesiones de tratamiento nos permiten que las células sanas se recuperen mientras que las células tumorales no tienen tiempo para lo mismo. No obstante, muchos pacientes reciben tratamiento todos los días de la semana, con descanso el fin de semana.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final a este capítulo quiero remarcar el papel que desempeña el técnico en radioterapia y dosimetría en el servicio de radioterapia oncológica puesto qué desempeña una labor fundamental en el tratamiento del paciente ya que es el encargado de planificar el tratamiento una vez el médico diagnostica la tumoración y pauta radioterapia para el tratamiento del mismo, además de llevar a cabo este diariamente así como hacer un seguimiento del mismo, no obstante, siempre es supervisado por su medico así como también resuelve todas aquellas dudas que puedan surgir, o sugerencias para la mejora del paciente que le comente el técnico.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 293

# TÉCNICO DE RADIOTERAPIA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA

BEATRIZ MARIN PASTOR

MARIA INMACULADA GUILLAMON VICENTE

## 1 Introducción

Mediante la radioterapia se han tratado diferentes tipos de cáncer de modo eficiente. Pero, como el resto de los tratamientos que se utilizan contra el cáncer, a menudo provoca efectos secundarios. En función de cada paciente se generarán un tipo de efectos u otros. Además dependen del origen del cáncer, su localización, de las dosis de radioterapia que se apliquen y del estado de salud general que tenga la persona, entre otros factores.
Para eliminar las células cancerosas se utilizan elevadas dosis de radiación. El origen de los efectos secundarios reside en el daño celular provocado y en los tejidos sanos próximos a la zona de tratamiento.

## 2 Objetivos

Conocer los efectos secundarios de la radioterapia.

## 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

Los efectos secundarios físicos que suele originar la radioterapia son:

- Cambios en la piel: las personas que se someten al tratamiento con radioterapia suelen padecer de sequedad, picazón o descamación de la piel o también la formación de ampollas. Este tipo de efectos secundarios dependen de la zona que se irradie y de más factores. Este tipo de trastornos producidos en la piel tienden a desaparecer unas semanas después tras haber puesto fin al tratamiento.
- Fatiga: nos referimos con este concepto a la sensación de cansancio y agotamiento casi constante. Es muy común en los pacientes y su nivel varía en función de el plan de tratamiento que tengan.
- Efectos secundarios a largo plazo: hay la posibilidad de que con el paso del tiempo algunos efectos secundarios no desaparezcan, incluso pueden reaparecer o también desarrollarse más tarde. Como puede ser que se genere un segundo cáncer.

Varios efectos secundarios dependen del tipo y de la ubicación de la radioterapia en el cuerpo. Según la región del cuerpo donde se trate los efectos secundarios que se originan son los siguientes:

- Cabeza y cuello: sequedad bucal, llagas en la boca y en las encías, dificultad para tragar, rigidez en la mandíbula, náuseas, caída del cabello y un tipo de inflamación denominada linfedema.
- Tórax: dificultad para tragar, falta de aliento, dolor en las mamas o en los pezones, rigidez en los hombros, tos, fiebre, opresión torácica esto se denomina neumonitis por radiación se manifiesta entre dos semanas y seis meses después de la radioterapia. Y por último la fibrosis por radiación, que produce la creación de cicatrices permanentes en los pulmones.
- Estómago y abdomen: pérdida del apetito, náuseas, vómitos, calambres intestinales y heces líquidas o diarreas.
- Pelvis: heces líquidas o diarreas, sangrado rectal, incontinencia, irritación de la vejiga, problemas sexuales en hombres como la disfunción eréctil, menor re-

cuento de esperma y menor actividad de esperma, trastornos en la menstruación, picazón vaginal, quemazón, sequedad y posibilidad de padecer infertilidad si se irradian los dos ovarios.

## 5 Discusión-Conclusión

Las mejoras tecnológicas en cuanto a las técnicas de imagen y en la planificación de los tratamientos, nos permite llevar a cabo una optimización de la dosis a nivel de la zona tumoral, reduciendo de modo notable las dosis suministradas a los tejidos sanos, consiguiendo de este modo la reducción de los efectos secundarios a largo plazo.
Hay que decir que el modelo de tratamiento con radioterapia es un tratamiento local por lo que los efectos secundarios se generarán únicamente en la región que estamos introduciendo en el campo de tratamiento. También desempeña un papel importante en el control de los síntomas de enfermos en fase avanzada mejorando su calidad de vida.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 294

# DETECCIÓN DE DROGAS EN MUESTRA DE ORINA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

LUCÍA PINTADO DEL RÍO

## 1 Introducción

Las drogas son sustancias tóxicas que cuando una persona las introduce en el organismo, se produce una alteración en el sistema nervioso central provocando en el consumidor cambios de ánimo, conducta o la percepción de la realidad.
Existen diferentes tipos de muestras para la detección e identificación de las sustancias. Se pueden analizar muestras de sangre, orina, saliva, pelo e incluso el aliento.
Para la detección de drogas en el laboratorio de bioquímica de urgencias, se elige analizar la muestra de orina porque es la más rápida, es un método no invasivo y tanto su técnica como su forma de obtener los resultados es fácil, ya que se trata de un test cualitativo. El tiempo que permanece la sustancia en el organismo de una persona depende del tipo de droga, la cantidad que se ha consumido, el tiempo que ha pasado desde que lo tomó y de la persona (como metaboliza la sustancia). Normalmente se extrae la muestra y se lleva directamente al laboratorio para obtener un resultado acertado.
De esta manera no vamos a poder saber la cantidad exacta que ha tomado el paciente pero se sabe que se encuentra esa sustancia en el organismo, y es igual de importante, porque este tipo de pruebas se suelen pedir a los hospitales por ejemplo: cuando una persona ha intentado suicidarse, realizar controles a la gente de las prisiones, personas con gran responsabilidad (conductores o pilotos), por orden de un juez (seguimiento de personas) o por un accidente.

## 2 Objetivos

- Identificar los diferentes grupos de drogas en el test y saber interpretar los resultados .
- 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 Msd Manuals, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

La muestra de orina llega en un tubo amarillo al laboratorio de urgencias de bioquímica con preferencia para ser analizado antes que todas las demás muestras. La orina se debe centrifugar para que esté lo más "cristalina" posible, haciendo que el sedimento quede en el fondo del tubo y no afecte en los resultados de la prueba. El test viene en un paquete con un cuentagotas e instrucciones. Se debe de poner la placa en una superficie plana y con el cuentagotas depositar en el pocillo de "Muestra" 3 gotas de la orina del paciente (evitando la formación de burbujas) y esperar 5 minutos para obtener los resultados.
Normalmente estos test detectan las anfetaminas, barbitúricos, benzodiacepinas, cocaína, marihuana, opioides y opiáceos, fenciclidina y esteroides.
Por lo tanto, la placa contará con ocho huecos y pocillos para cada sustancia. En cada una, aparecerá la letra C (se refiere al control y esta línea siempre debe de estar marcada para saber que el test funciona correctamente) y la letra T (es la que indica la presencia de la sustancia). Cuando pasan los 5 minutos, se debe leer la placa. Puede haber 3 resultados:
- Negativo: cuando se presentan una línea en las dos letras o cuando en la letra T la línea es débil.
- Positivo: cuando la línea solo se marca en el Control.
- Nulo: cuando no aparecen ninguna de las dos líneas o aparece una línea en la letra T.

Este test se basa en un inmunoensayo competitivo en medio líquido. Las sustancias presentes en la orina compiten con los respectivos conjugados de estas por

los puntos de unión al anticuerpo específico. Durante el proceso, la orina migra por capilaridad hacia arriba generando una línea en la zona del control siempre, y la letra T dependerá si ha consumido o no sustancias.

## 5 Discusión-Conclusión

Es una técnica bastante utilizada en los laboratorios de urgencias porque es rápida y la técnica no requiere de grandes conocimientos. Al ser una prueba cualitativa, te arriesgas a obtener tanto falsos positivos como falsos negativos pero si es necesaria su precisión se recurren a otros tipos de pruebas. El técnico solo se tiene que fijar en que el test se encuentre en buen estado, seguir las instrucciones y realizar la técnica adecuadamente.
Esta prueba no solo tiene como objetivo la salud del paciente y sus tratamientos, también está implicado en la seguridad de la ciudadanía y tanto el mantenimiento de un ambiente libre de sustancias y su prevención.

## 6 Bibliografía

1- ¿Qué son? Drogas y adicciones compartamentales [Internet] [Citado 5 jun. 23]. Disponible en: https://drogues.gencat.cat/es/ciutadania/sobre_les_drogues/que_son/#::text=Las%20drogas%20son%20sustancias%20que,Dependencia%20psicol%C3%B3gica.
2- Detección de drogas [Internet] [Citado 5 jun. 23]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/detecci%C3%B3n-de-drogas
3- Pruebas de drogas [Internet] [Citado 6 jun. 23]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-drogas/
4- Prueba multidrogas en placa [Internet] [Citado 6 jun. 23]. Disponible en: https://www.monlab.es/document/Muestras%20orina/IFU%20Multipanel%205-10-12%20drogas%20placas%20monlabtest.pdf
5- Drogas de abuso en el laboratorio de bioquímica de urgencias [Internet] [Citado 6 jun. 23]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/drogas-de-abuso-en-el-laboratorio-de-bioquimica-de-urgencias/

## Capítulo 295

# PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

SOFÍA FERNÁNDEZ ROCES

## 1 Introducción

Un plan de emergencia es un conjunto de acciones detalladas a realizar por el personal hospitalario, en caso de que se produzca un siniestro.
Es fundamental el trabajo que el personal del centro sanitario ha de realizar ante estas situaciones, ya que tienen que actuar correctamente y de manera coordinada para poder ejecutar de manera correcta el plan de emergencia, y transmitir la seguridad y tranquilidad a los pacientes.
La empresa debe enseñar a los empleados el riego que puede aparecer y realizar un análisis de las posibles emergencias para poder aplicar las medidas necesarias y que en caso de emergencia puedan lograr la evacuación del personal en tiempo y forma.
Contar con un plan de emergencia es, que en cualquier área se exalte la prevención como el modo seguro de reducir o erradicar el impacto de los accidentes y de este modo se pueda tomar las correctas decisiones en caso de riego.
Dicha sistemática será diferente en cada centro hospitalario.
Si queremos que la evacuación sea eficaz hay que partir de dos objetivos fundamentales: que sea ordenada y que siga vías preestablecidas.
En toda evacuación hay que tener en cuenta al menos:
- Normas generales
- Metodología de traslado a enfermos
- Disponibilidad de enfermos y personal

## 2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste un plan de emergencia.
- Exponer los objetivos y prioridades de un plan de emergencia.
- Presentar los beneficios de tener un plan de emergencia.
- Mostrar como se evalúan diferentes situaciones de amenaza y cómo obtener un nivel de riesgo establecido para cada amenaza.

## 3 Metodología

Los parámetros expuestos en esta publicación son extraídos de los conocimientos personales adquiridos en la formación profesional académica y mediante una búsqueda de publicaciones registradas en las bases de datos: Scielo y PubMed utilizando palabras clave como ”emergencia”, ”evacuación” y ”pacientes”.

## 4 Resultados

Lo principal de un plan de emergencia es su eficacia frente a cualquier situación de peligro, aunque esto no se pueda garantizar siempre, por lo que hay que optimizar la eficacia en caso de que se produzca alguna situación, por eso hay que tener en cuenta los siguientes objetivos:
- Plan de emergencia disponible.
- Impedir que se propague la emergencia.
- Priorizar el auxilio.
- Actuar de forma rápida y correcta.

En cada centro sanitario se deben realizar diferentes análisis de cada lugar de trabajo con el fin de diseñar planes de emergencias específicos por las características de cada hospital.
En Estados Unidos implementaron un sistema en donde intervienen actividades con el fin de controlar las emergencias y que estas no tengan fallos y si pudieran existir y detectarlas antes de que causen algún tipo de daño.
Existen prioridades del sistema de incidentes:
- Protección de la vida.
- Conservación de las instalaciones.
- Estabilización del incidente.

A raíz de este sistema de incidentes obtuvieron algunos beneficios como:
- Evaluar el riesgo en la zona de impacto.

- Revisión de todas las fases del incidente.
- Revisión de planes de acción y de su correcta desviación.
- Acordonamiento de la zona de impacto y aseguramiento.

Se realizó un análisis de vulnerabilidad del área de la salud del hospital en el que evaluaron diferentes situaciones de amenaza y se pudo obtener un nivel de riesgo establecido para cada amenaza. Estos datos se obtuvieron a través de una serie de preguntas.

- Movimiento sísmico: bajo.
- Lluvias torrenciales: medio.
- Eventos climáticos: medio.
- Humedad, goteras, grietas…: medio.
- Ruptura de vidrios: medio.
- Caída de falsos techos: medio.
- Inundación: medio.
- Fuga de gases: bajo.
- Eventos biológicos: medio.
- Materiales peligrosos: bajo.
- Incendio y explosión: medio.

Tras este análisis de vulnerabilidad se observan las medidas necesarias para disminuir el impacto de las amenazas sobre las personas.

Una vez revisado el plan se debe tener en cuenta que las instalaciones siempre van a estar en una constante mejora para la atención de los pacientes, y de esta misma manera también se debe de ir actualizando los planes de emergencia de acuerdo a los cambios establecidos en el mismo.

## 5 Discusión-Conclusión

Este tipo de estudios son imprescindibles para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de los trabajadores de cualquier dentro hospitalario.

Es fundamental incluir distintos factores de riesgo en los planes de emergencia, realizarlo de forma inmediata para así garantizar la seguridad.

Es importante que todos los trabajadores tengan claro que tipo de plan de emergencia hay en cada uno de sus propios hospitales, debido a que en caso de algún accidente este se haría con gran facilidad y así se podría facilitar la ayuda a todos los pacientes y acompañantes y así agilizaría la evacuación de los mismos.

# 6 Bibliografía

1. Bases de datos: Scielo y PubMed.
2. https://revistamedica.com/planes-de-emergencia-centros-sanitarios/#Objetivo.
3. https://www.chospab.es/plan_emergencias/intro.htm.
4. https://puertasasturmex.com/blog/plan-de-emergencia-nociones-basicas.
5. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/21260/Trabajo_Final_Pasantia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

## Capítulo 296

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

RAQUEL MAROTO SEVILLA

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

## 1 Introducción

El hecho de hablar de urgencias o de emergencia sanitarias implican la necesidad de resolver con premura una atención inmediata que implica un riesgo vital para el paciente que la lleva al servicio de urgencias del centro hospitalario.

Aquí comienza la atención sanitaria en la que el personal del centro hospitalario debe intervenir para ofrecer atención sanitaria. Los auxiliares administrativos del servicio de urgencias acogen a estos pacientes para darle de alta en el sistema y poder proceder a la atención con calidad y de forma integral. El personal no sanitario al que pertenece el auxiliar administrativo es el encargado de gestionar los datos de los pacientes al llegar a la puerta de la urgencia.

Los auxiliares administrativos de la sanidad trabajan desde los servicios de urgencias como un miembro más para proporcionar detalles del estado de salud a los facultativos de tal manera que facilita la atención a su llegada a la urgencia.

Son múltiples las atenciones que se prestan desde el servicio de urgencias y todos los profesionales que trabajan en los servicios de salud que desarrollan sus funciones en las unidades de urgencias deben atender desde la información que facilita el auxiliar administrativo y el propio paciente en la entrevista personal.

## 2 Objetivos

Describir las funciones y tareas del auxiliar administrativo en un servicio de urgencias de los centros sanitarios de atención especializada, destacando la importancia de las mismas como parte un equipo multidisciplinar.

## 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.

Palabras clave: urgencia, datos, auxiliar administrativo, paciente entre otras.

## 4 Resultados

A la hora de empezar a describir el trabajo de los auxiliares administrativos en el servicio de urgencias es necesario ubicar este servicio en la planta baja de los hospitales cerca de los quirófanos, las unidades de cuidados intensivos y zonas de hospitalización. La entrada suele ser muy ancha que permite el acceso por rampa a una zona peatonal.

Al llegar al servicio de urgencia los celadores van a acompañar al paciente a la zona de admisión donde se encuentran los auxiliares administrativos de admisión que comienzan a gestionar la entrada del paciente en el centro hospitalario.

El paciente para poder identificarse debe entregar al auxiliar administrativo su tarjeta sanitaria o el DNI en caso de no llevarla encima. Gracias al código CIP de

dicha tarjeta podemos acceder a su historia clínica y derivarlo al triaje junto a una pulsera identificativa y las pegatinas con su información básica.

En el servicio de admisión, el auxiliar administrativo desarrolla las siguientes funciones:

- Actividades de administración de la admisión, documentos y otros.
- Registrar la ubicación del paciente en la unidad hospitalaria según ha indicado el facultativo.
- Elaborar los registros de entrada y salida de los pacientes de forma diaria en la urgencia.
- Generar la historia clínica si se trata de la primera atención.
- Informar a los familiares sin llegar a dar datos relevantes.
- Tramitar el transporte sanitario si precisa de ambulancia o tramitar el transporte público del paciente que lo solicite.
- Indicar donde se encuentra el paciente a los familiares para acudir a la visita o acompañamiento.
- Tramitar el ingreso hospitalario a la unidad hospitalaria que se ha indicado con unas nuevas pegatinas que marcan su lugar.
- Tramitar las citas o pruebas diagnósticas que se le marquen desde la unidad de urgencias.

Para completar la atención del auxiliar administrativos es preciso que habilidades efectivas de comunicación verbal y no verbal para manifestar la empatía con los pacientes y familiares a los que se atiende.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los auxiliares administrativos que desarrollan sus funciones en los servicios de urgencias de los centros sanitarios de atención especializada se dedican a organizar, planificar, gestionar y programar la actividad asistencial desde la atención administrativa cada vez que llega un usuario a los servicios de urgencias para ser atendidos.
Por lo que el auxiliar administrativo debe formarse en el conocimiento de los servicios de urgencias en caso de que vaya a desarrollar allí sus funciones para poder apoyar y culminar la labor de los profesionales sanitarios y no sanitarios con los que forma un equipo multidisciplinar para ofrecer la atención de calidad e integral.

# 6 Bibliografía

1. BOE-A 1998-15064 Ley 25/1997 del 26 de diciembre sobre la regulación del Servicio de Atención de
Urgencias.
2. https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-urgencias-hospitalarias/
3. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/
4. Blanca Fernández Carrio. AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SU TRABAJO EN EL HOSPITAL. Ocronos. Vol. III. Nº 8– diciembre 2020.

## Capítulo 297

# LA HISTORIA CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

RAQUEL MAROTO SEVILLA

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

## 1 Introducción

A lo largo de la evolución de la sanidad, se ha ido gestando lo que hoy se conoce como la historia clínica que se trata de un documento de carácter personal, individual y de uso exclusivo por el personal sanitario o no sanitario cuando la atención es necesaria y en el ámbito de aplicación.

La historia clínica de un usuario del sistema sanitario comienza a gestarse en el momento en que surge la primera atención clínica ya sea en la atención primaria o en la especializada sea cual sea el modo de acceso (bien en consulta o través de urgencias). La forma en la que se estructura la historia clínica del paciente es cronológica desde su primera atención. Se van a recoger las condiciones de salud del usuario, los antecedentes, alergias, valoraciones y cualquier tipo de evolución o dato de interés sobre la salud del mismo.

Dentro de esta historia, se van a recoger las analíticas, pruebas diagnósticas y cualquier dato que sea relevante para la atención en la sanidad. Es labor de todos los profesionales el cuidado y la cumplimentación de los datos cada vez que se realiza una atención al usuario. Al igual que los auxiliares administrativos deben rellenar y cumplimentar los datos. Por otra parte, en determinadas ocasiones se ofrecen a los usuarios copias de los informes que existen en su historia clínica para poder facilitar la atención.

## 2 Objetivos

Mostrar el trabajo del auxiliar administrativo de la sanidad con respecto a la historia clínica 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: auxiliar administrativo, historia clínica, protección de datos, sanidad entre otras.

## 4 Resultados

Los auxiliares administrativos que desarrollan sus funciones en los servicios de salud únicamente acceden a la historia clínica en lo que les compete. Ellos son los encargados de gestionar citas, admisión de usuarios, en general se suelen encargar de la toda la documentación que se incluye en la historia clínica.
De forma general, todos los profesionales que acceden a la historia clínica deben guardar silencio y por tanto los auxiliares administrativos deben ejercer el derecho y deber del secreto profesional. Por lo que debe respetar la confidencialidad de los datos, la intimidad del paciente entre otras. A no ser que sea requerido por la justicia para testificar sobre temas sanitarios relacionados con dicho paciente.

El auxiliar administrativo tiene una función propia con respecto a la historia clínica en concreto debe conservarla y gestionarla para que todos los profesionales y el propio usuario puedan trabajar con ella y ejercer sus deberes y funciones.

El hecho de no guardar el secreto profesional puede llegar a provocar la inhabilitación del puesto de trabajo e incluso multas y penas legales por no realizar las funciones de forma correcta.

En las áreas de los servicios de salud en las que el auxiliar administrativo desarrolla sus funciones con la historia clínica debe:

- Gestionar la historia para que la información asistencial circule de tal manera que se garantice la accesibilidad para los usuarios y profesionales.
- Organizar y evaluar el proceso de asistencia de los usuarios de la manera que la historia de los mismos tenga coherencia pudiendo ser utilizada de forma eficiente.
- Obtener los datos e información para valorar la demanda de la actividad asistencial de los centros sanitarios en base a la calidad del sistema.
- En los servicios sanitarios de urgencia debe saber que pacientes tienen prioridad ante una verdadera urgencia médica al tomar los datos de la historia clínica.

El auxiliar administrativo de los servicios de salud es el responsable de toda la información sanitaria del paciente a través de su historia clínica.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la finalidad de la historia clínica es la de dar facilidades en la atención sanitaria de los usuarios siendo los auxiliares administrativos de estos servicios los encargados de la ordenación de los documentos e informes de los pacientes en base a la estructura legal que organiza la historia clínica.

De tal forma que pese a tener ante nosotros toda la historia clínica únicamente accedemos de forma explícita a lo que nos compete. El auxiliar administrativo va a hacer uso de su conocimiento tecnológico para poder organizar y gestionar la historia clínica que permita un uso óptimo de la misma.

## 6 Bibliografía

1. https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. https://www.boe.es/buscar/pdf/

2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf

## Capítulo 298

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA INFORMACIÓN SANITARIA

RAQUEL MAROTO SEVILLA

MARÍA TERESA VILLALTA JIMÉNEZ

REBECA CORREDERA MARTÍN

JULIA MARIA MORENO PECO

JOSEFA ROSARIO GARCIA MARIN

## 1 Introducción

El tema de la protección de datos ha sido de forma vital para todos los poderes públicos incluidos los nacionales y los internacionales. Desde la creación de la Unión Europea en Roma en los años cincuenta del siglo pasado, se ha ido gestando una normativa que trata de proteger a todos los ciudadanos de Europa.

Poco a poco, todos los países han desarrollado una normativa para hacer realidad los reglamentos de la Unión Europea, en España esta normativa es la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Esto con la digitalización y la tecnología se ha hecho cada vez más complicado el tratamiento de los datos personales de forma que proteja la intimidad de los pacientes.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, existe un gran número de profesionales que tienen que capacitarse para adaptarse a las condiciones de trabajo y a un

desarrollo de la información que permita la consecución de los objetivos del servicio de salud. Todos los usuarios y profesionales de los servicios de salud tienen la necesidad de información, de conocer, de saber entre otras necesidades.

Los auxiliares administrativos gestionan muchísima información a lo largo de su jornada laboral, debiendo gestionarla de acuerdo con la legislación europea y la española en base a la normativa de cada servicio de salud.

## 2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento del derecho a la información por parte del paciente y las limitaciones de este derecho por parte del auxiliar administrativo.

## 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.

## 4 Resultados

Los servicios de salud de las comunidades autónomas tienen que gestionar y manejar muchísima información de los usuarios del sistema, pero siempre protegiendo el deber de guardar secreto e intimidad de los pacientes. Todo ello va a generar una serie de derechos y deberes que generan un feedback.

El trabajo del auxiliar administrativo en la gestión de la información sanitaria y clínica implica:
- Respetar la legislación existente en el tema de la protección de datos.
- Actualizarse en el tema de la protección de datos del paciente.
- Informar de los problemas sanitarios que afectan a la población en general como pasó con la pandemia del COVID- 19.
- Ofrecer y garantizar el derecho de confidencialidad de los datos de los usuarios del servicio de salud.
- Informar sobre los servicios sanitarios que cada comunidad autónoma puede ofertar a los pacientes en base a la patología que tienen.

- Garantizar que se gestiona de forma adecuada la libertad de elección de médico.
- Favorecer que cada paciente pueda acceder a copias de su historia clínica. Debemos informar que este es un derecho del que pueden servirse.

Dentro de todas estas funciones que ejerce el auxiliar administrativo debe poseer unas capacidades académicas, autonomía y valores a la hora de gestionar la información a la que tienen acceso y deben realizarlo de forma efectiva y respetando la integridad de todo el sistema para dar calidad.

En base a sus actividades como son la atención telefónica para tramitar citas, pruebas diagnósticas entre otras, alta o ingresos de los pacientes, organizar las historias clínicas, los expedientes etc…

Dentro de estas actividades en las que se gestionan información se debe favorecer las relaciones interpersonales para que la comunicación sea fluida entre los usuarios y los auxiliares administrativos de tal forma que la información quede plasmada de forma adecuada y en base la legalidad.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, dentro del tema de la gestión de información unido al tema de la protección de datos ha generado una gran importancia para todos los gobiernos autonómicos a la hora de trasmitir y proteger la información de las historias clínicas de los pacientes.

Dentro de todo ello, como auxiliares administrativos debemos gestionar la información respetando la normativa legal ya que ello nos puede llevar a multas y problemas legales por ello debemos conocer y formarnos en la protección de datos.

Ello implica una serie de obligaciones y de derechos tanto para los auxiliares administrativos como para el resto de los profesionales de la salud y los usuarios del mismo. Por ello, los servicios de salud han desarrollado campañas para la protección de datos junto con la gestión de la información.

## 6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

2. Reglamento (UE) 2016/679 Del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016. 2713
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
4. https://revistamedica.com/profesional-administrativo-en-la-sanidad/
5. https://revistamedica.com/funciones-laborales-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias/

## Capítulo 299

# ACTUACIÓN DE LOS CELADORES ANTE EMERGENCIAS

VICTOR GARCIA GARCIA

## 1 Introducción

Una sala de urgencias hospitalaria, también conocida como ”servicio de urgencias” o ”departamento de emergencias,” es un área médica crítica diseñada para proporcionar atención inmediata a pacientes que requieren atención médica urgente debido a lesiones o enfermedades graves. Aquí se describen los elementos clave de una sala de urgencias:
Recepción y Evaluación: En la entrada de la sala de urgencias, un personal de recepción realiza una evaluación inicial para determinar la gravedad de la condición del paciente. Los casos más críticos se atienden de inmediato.
Triaje: El personal de triaje clasifica a los pacientes según la urgencia de su atención. Los pacientes con afecciones potencialmente mortales o severas se atienden de inmediato, mientras que los casos menos urgentes esperan su turno.
Áreas de Tratamiento: La sala de urgencias está dividida en áreas de tratamiento, que pueden incluir camas para la atención de pacientes, estaciones de enfermería y áreas de observación.
Personal Médico: Un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que incluye médicos, enfermeros, técnicos de radiología y otros especialistas, trabaja en la sala de urgencias para proporcionar una atención rápida y eficaz.
Equipamiento: La sala de urgencias está equipada con equipos médicos avanzados, como monitores cardíacos, máquinas de rayos X, equipos de reanimación y medicamentos de emergencia.

Áreas de Aislamiento: Se disponen áreas de aislamiento para pacientes con enfermedades infecciosas o altamente contagiosas.
Sala de Espera: Los familiares y amigos de los pacientes pueden esperar en una sala designada mientras se brinda atención médica. Se proporciona información regular sobre el estado del paciente.
Seguridad: La seguridad es esencial en la sala de urgencias para evitar situaciones de violencia o agresión.
Las salas de urgencias son esenciales para brindar atención inmediata en situaciones críticas. Los profesionales de la salud trabajan incansablemente en este entorno para estabilizar a los pacientes y, en muchos casos, salvar vidas. La eficiencia, la coordinación y la atención compasiva son cruciales para el funcionamiento exitoso de una sala de urgencias hospitalaria.

## 2 Objetivos

Exponer las funciones del celador ante una actuación de emergencias.

## 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 celador desempeña un papel esencial en la sala de urgencias hospitalaria, donde la atención médica es crítica y se requiere una coordinación eficiente. Aunque no participa directamente en procedimientos médicos, el celador tiene varias funciones cruciales para garantizar que el flujo de trabajo sea fluido y que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna:
Traslado de pacientes: El celador es responsable de trasladar a los pacientes desde la entrada o la ambulancia hasta las áreas de tratamiento. Debe hacerlo de manera segura y respetuosa, especialmente si el paciente está en una condición delicada o dolorosa.

Apoyo logístico: El celador ayuda en la logística de la sala de urgencias, asegurándose de que las camas estén preparadas, los equipos estén disponibles y las áreas estén ordenadas y limpias.
Suministros y equipo: El celador colabora en la entrega de suministros y equipo médico necesario durante los procedimientos médicos. Esto asegura que el personal médico tenga acceso rápido a lo que necesitan para tratar a los pacientes.
Transporte de muestras y resultados: Puede ser responsable de transportar muestras de laboratorio o radiografías de una ubicación a otra, asegurando que los resultados estén disponibles para el personal médico en tiempo real.
Asistencia al personal médico: El celador puede colaborar en el movimiento de los pacientes durante los procedimientos médicos, proporcionando apoyo físico y asegurándose de que estén en la posición adecuada.
Apoyo a los familiares: Puede ofrecer información básica y tranquilidad a los familiares de los pacientes, ayudándolos a comprender el proceso y proporcionando actualizaciones sobre el estado del paciente.
Seguridad: El celador contribuye a mantener la seguridad en la sala de urgencias, evitando la entrada de personas no autorizadas y actuando como un recurso en situaciones potencialmente conflictivas.
Colaboración en la movilización: Ayuda a movilizar a los pacientes que deben ser trasladados a otras áreas del hospital, como salas de internación o unidades de cuidados intensivos.
En resumen, el celador es un miembro esencial del equipo en la sala de urgencias hospitalaria. Su capacidad para trabajar en equipo, su atención meticulosa a los detalles y su empatía hacia los pacientes y sus familias contribuyen significativamente a la atención eficaz y compasiva en un entorno donde cada minuto cuenta.

## 5 Discusión-Conclusión

La recomendación fundamental para un buen funcionamiento de la sala de urgencias es mantener una coordinación fluida y una comunicación efectiva con todo el equipo médico. La eficiencia y la rapidez son esenciales en este entorno, por lo que es crucial estar preparados para actuar de manera coordinada en situaciones de emergencia. Además, la empatía y la calma son esenciales al interactuar con los pacientes y sus familiares en momentos de angustia. Brindar apoyo emocional y mantener a las familias informadas puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente.

La seguridad y la limpieza también son aspectos críticos. Mantener un ambiente limpio y seguro ayuda a prevenir infecciones y a mantener el bienestar de todos. En resumen, trabajar en equipo, comunicarse eficazmente, demostrar empatía y mantener un ambiente seguro y limpio son elementos clave para un funcionamiento exitoso de la sala de urgencias, donde cada segundo cuenta.

## 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 300

# FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

## 1 Introducción

Dentro del Sistema Nacional de Salud se lleva a cabo una serie de procesos para aportar información clínica relativa a diferentes aspectos de la asistencia sanitaria, que contribuyen a mejorar la calidad de los Sistemas de Salud en todos los aspectos, asistencial, económico de prevención etc.
Una de estas herramientas es la codificación sanitaria imprescindible para el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es ofrecer datos homologados y fácilmente comparables a todos los niveles; nacional e internacional.
La codificación sanitaria consiste en la recogida y registro de datos clínicos, siguiendo unos protocolos reconocidos internacionalmente, que facilitan los estudios

y comparaciones entre diferentes Sistemas Sanitarios con garantías de objetividad: Para ello es necesario conocer la terminología y la codificación sanitaria. Este proceso de recogida de datos es fundamental para el óptimo funcionamiento de cualquier organización sanitaria.
El proceso de codificación sanitaria se realiza teniendo como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades, se va actualizando periódicamente estando en la actualidad vigente la CIE-10. Se trata de una clasificación y codificación de enfermedades siguiendo unos estándares internacionales.
En el presente capítulo vamos a describir cómo funciona el servicio de codificación, la normativa de referencia, así como las funciones que realiza el auxiliar administrativo en dicha unidad.

## 2 Objetivos

-Exponer la importancia de la unidad de codificación para el Sistema Sanitario.
-Listar las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de codificación.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “codificación”, “clasificación de enfermedades”, 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 en la introducción la codificación sanitaria consiste en clasificar las enfermedades, en base a unos criterios fijados internacionalmente en el manual de Clasificación Internacional de enfermedades, que es revisado y actualizado periódicamente.
La codificación sanitaria se lleva a cabo en cualquier centro médico sanitario, hospital, consulta médica ...
Se trabaja con datos personales, direcciones, diagnósticos, historias clínicas, etc. para proceder a la clasificación y codificación del tratamiento de los mismos, garantizando en todo momento la confidencialidad del paciente y facilitando la comunicación entre profesionales, investigadores y usuarios.
Para que esta codificación sea efectiva debe seguir unos criterios homogéneos y universales, únicamente de esta manera se podrán obtener datos concluyentes en un estudio clínico o servicio médico, tratando de encontrar un patrón común.
Actualmente el Sistema Sanitario Español trabaja con la CIE-10, que es Clasificación Internacional de enfermedades 10 ª edición, a pesar de que el 18 de junio de 2018 la Organización Mundial de la Salud publicará la CIE-11 que entró en vigor en 2022 y que progresivamente sustituirá a la CIE-10.
Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de codificación son las siguientes:
-Extraer y registrar los datos de los pacientes.
-Convertir el lenguaje clínico en un sistema alfanumérico siguiendo las directrices de la CIE-10, para poder describir categorías y procedimientos médicos.
-Proceder a la codificación de todos los procedimientos del proceso asistencial de hospitalización.
-Codificación de las peticiones de inclusión en lista de espera quirúrgica.
-Codificación de las altas hospitalarias.
-Codificación de las altas de urgencias.
-Proceder a la validación de los datos codificados.
-Explotación de los datos codificados.
-Mejorar la comunicación entre todos los profesionales vinculados al ámbito sanitario.
-Aportar al Sistema Nacional de Salud datos comparables universalmente para la mejora de la asistencia sanitaria.

## 5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos concluir diciendo que el proceso de codificación es sumamente valioso para las organizaciones sanitarias, ya que les aporta información validada universalmente que permite gestionar de manera más eficaz y eficiente toda la actividad asistencial, ahorrando en costes económicos y aportando a la práctica clínica patrones de comportamiento de enfermedades, muy útiles para la investigación, docencia, pauta de tratamientos etc.
El auxiliar administrativo que trabaja en este servicio o unidad debe ser especialmente escrupuloso y estar continuamente actualizando sus conocimientos para no cometer errores.
Su función en este servicio es especialmente importante y delicada por la responsabilidad que conlleva implícita.

## 6 Bibliografía

1.https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
2. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/

## Capítulo 301

# FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

## 1 Introducción

Debido al avance tecnológico en los últimos años nuestra forma de comunicarnos, desarrollarnos y el cómo hacemos las cosas ha cambiado radicalmente respecto a otras épocas. En especial en el campo de la salud donde el uso de las nuevas tecnologías ha posibilitado nuevas formas de prestar los servicios sanitarios, más eficaces y cercanas a la población.
Un ejemplo lo encontramos en las consultas que ya difieren mucho de épocas pasadas, pudiendo incluso hacerse desde el domicilio a través de las teleconsultas, donde médico y paciente se ponen en contacto a través de medios electrónicos sin necesidad de acudir a un centro sanitario.

Estos avances de la tecnología como no podía ser de otro modo también has cambiado la forma de gestionar los hospitales y todos los procesos y servicios asistenciales que se llevan a cabo en el mismo.
Dentro de un hospital se desarrollan numerosos servicios y prestaciones sanitarias, que necesitan una cobertura administrativa para poder gestionarlos de manera eficaz y eficiente. En este campo entra la figura de auxiliar administrativo, que presta sus servicios en todas las unidades o áreas del hospital. Entre estas unidades nos encontramos admisión de hospitalización, servicio encargado de gestionar todo lo relativo a los ingresos hospitalarios.
En el presente capítulo vamos a desarrollar todas las funciones que realiza el auxiliar administrativo en dicha unidad y la importancia de su trabajo para el funcionamiento del resto de servicios asistenciales.

## 2 Objetivos

-Describir la tipología de hospitales.
-Listar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de admisión de hospitalización.

## 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”, “ingreso”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

# 4 Resultados

El objetivo de cualquier sistema sanitario de un país es promover la salud de sus ciudadanos. En este aspecto será el encargado de proporcionar servicios, instalaciones y profesionales, que promocionen la salud, desarrollen labores de prevención, tratamiento de patologías, docencia, investigación etc.
En los sistemas sanitarios de financiación pública, la cobertura sanitaria es universal, esto quiere decir que la atención sanitaria llega a toda la población, sin tener en cuenta su situación económica. Por el contrario, en los sistemas privados, esto no ocurre, sólo accede a la atención sanitaria quien pueda costearse los servicios.
Independientemente del sistema de financiación de cada servicio de salud, una obviedad es que los hospitales son la pieza fundamental del sistema sanitario. Son infraestructuras que ofrecen asistencia médica en diferentes regímenes: ambulatorio y de internamiento, y realizan labores de rehabilitación, investigación y docencia.
En España desde el punto de vista de su finalidad asistencial clasificamos los hospitales (siguiendo el criterio del Catálogo Nacional de Hospitales) en:
-

Los hospitales en España, desde el punto de vista de su finalidad asistencial, se han clasificado, siguiendo el mismo criterio del Catalogo Nacional de Hospitales, en:
-Generales.
- Quirúrgicos.
-Monográficos.
-Psiquiátricos.
-Larga Estancia.
-Complejos.
Atendiendo a su dependencia funcional, es decir la persona física o jurídica que gestiona el centro nos encontramos los hospitales gestionados por:
-El Sistema Nacional de Salud.
-Las Consejerías de las Comunidades Autónomas.
-Las Administraciones Locales.
-El Ministerio de Defensa.
- “Otros Públicos” que son las fundaciones, empresas públicas de gestión privada etc.
Seguidamente vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de admisión de hospitalización:

-Recepcionará a los pacientes a su llegada al centro, comprobando sus datos personales.
-Asignará las camas atendiendo a la especialidad de ingreso del paciente.
-Mecanizará informáticamente el ingreso.
-Realizará los justificantes a pacientes, familiares y acompañantes que lo soliciten.
-Atenderá las llamadas telefónicas del exterior e interior.
-Prestará las historias clínicas a la unidad que corresponda.
-Realizará informáticamente los aislamientos una vez revisados por el Servicio de Medicina Preventiva.
-Realizará los traslados de servicio y cama que le sean solicitados por el personal facultativo.
En resumen, se encargará de todos los procedimientos relacionados con el ingreso, así como de asesorar a pacientes y familiares mientras dure su estancia en la institución sanitaria.

## 5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar las tareas administrativas también tienen una gran importancia en el funcionamiento de la actividad hospitalaria, siendo imprescindibles para poder gestionar toda la actividad asistencial.
Los auxiliares administrativos destinados a área de hospitalización deben conocer todos los procesos y protocolos de trabajo para poder desempeñar su trabajo de manera correcto y eficaz, evitando así errores el desarrollo del ingreso hospitalario.
Debe existir una coordinación entre los servicios sanitarios y administrativos, y continua comunicación, para la programación de toda la actividad relacionada con la admisión hospitalaria. Cabe reseñar que, aunque se trata de tareas administrativas, no por ello son menos importantes.

## 6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/DEFINICIONES_C1.pdf
2. https://www.redalyc.org/pdf/174/17404608.pdf
3. https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/

## Capítulo 302

# FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

## 1 Introducción

El servicio de suministros en un hospital tiene como objetivo el aprovisionamiento de todos los recursos materiales que precisa para abastecer a los distintos servicios del propio hospital y a los centros de salud
El Servicio de Suministros, depende funcionalmente del área de Gestión, y su tarea principal es la adquisición y compra de todos los productos que necesita el hospital.
Comprende las siguientes actividades:
-Contratación de suministros.
-Obras y servicios.
-Adquisición.
-Recepción.

-Almacenamiento.
-Distribución de productos.
En el Servicio de Suministros de un hospital están implicados multitud de profesionales, encargados de gestionar las compras, realizar los pedidos, gestionar el almacén general etc.
Como es obvio el aprovisionamiento de los diferentes insumos hospitalarios se hace buscando en todo momento la optimización de los recursos económicos y contando en todo momento con la colaboración y sugerencias de los servicios asistenciales, para lograr una asistencia sanitaria de la máxima calidad.
El Servicio de Suministros está compuesto por el Departamento de Compras, y el Almacén General.
En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el Servicio de Suministros y el funcionamiento del mismo, poniendo el punto de atención en la figura del auxiliar administrativo la importancia de su trabajo para el correcto funcionamiento de la unidad o área.

## 2 Objetivos

-Describir el Servicio de Suministros en el ámbito hospitalario.
-Listar las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en dicho servicio.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “insumo”, “suministros”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.
A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.
Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

# 4 Resultados

Como hemos visto el Servicio de Suministros se compone del Departamento de Compras y el Almacén General.
El tipo de material que se gestiona desde suministros es el siguiente:
-Material sanitario.
-Aparataje.
-Reactivos de laboratorios,
-Material de Radiología.
-Material de oficina.
-Material y repuestos informáticos.
-Mobiliario tanto clínico como de oficina.
-Material de aseo.
-Lencería y uniformidad.
En el Almacén de Suministros podemos distinguir varias zonas o áreas.
Entre las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de suministros se encuentran las siguientes:
- Registrar y controlar el material que se recibe en el almacén.
-Solicitud a los proveedores las ofertas para las compras de productos.
-Recepción de las ofertas de los proveedores.
-Análisis de dichas ofertas comparándolas y eligiendo la que obtenga mejor relación calidad-precio.
-Se pondrán en contacto con los proveedores para informarles sobre la aceptación o rechazo de sus propuestas.
-Realizarán los pedidos a los proveedores a través del sistema informático de la institución.
-Llevarán un seguimiento de las entregas de los pedidos.
-Llevarán la gestión del stock, controlando que hay existencias suficientes para en consumo de todas las unidades o servicios de la institución.
-Recepcionarán los pedidos de material de los diferentes servicios y procederán a su preparación.
-Una vez preparado el pedido se validará la salida, de manera que se descuenten de las existencias.
-Control de calidades.
-Gestión de las salidas de material.
-Realización de inventarios.
Como podemos observar el auxiliar administrativo realiza diversas tareas en el servicio de suministros que revisten gran responsabilidad debido a gran coste

económico del material sanitario. Sus decisiones tienen que estar amparadas por una óptima relación calidad-precio. Debe en todo momento sopesar la idoneidad de las decisiones adoptadas.

## 5 Discusión-Conclusión

El Servicio de Suministros tiene como tarea principal el abastecimiento de todo tipo de insumos a la institución sanitaria, por lo que su responsabilidad es muy importante, por una parte, debe asegurarse la existencia de material en todo momento para no perjudicar la actividad asistencial, y por otra parte debe en la medida de lo posible sin renunciar a la calidad intentar optimizar el gasto económico para el centro sanitario en cuestión.
De todo lo anteriormente expuesto se deduce la responsabilidad del auxiliar administrativo en este servicio, pues debe contrastar todos los presupuestos de material en busca de la mejor relación calidad-precio.

## 6 Bibliografía

1. https://es.scribd.com/document/293599901/15-Suministros-hospitalarios-y-gestion-de-almacenes-pdf
2. https://mv.com.br/es/blog/gestion-de-suministros--10-cuidados-esenciales-para-hospitales

## Capítulo 303

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SISTEMA DE ARCHIVO DOCUMENTAL DE UN HOSPITAL

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

IRENE BORRELL PANDURO

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

## 1 Introducción

El servicio de archivo es una herramienta esencial para gestionar eficientemente la gran cantidad de información médica y administrativa que se genera en este entorno. Su propósito es organizar, almacenar y facilitar el acceso a los registros médicos y documentos relacionados, garantizando una atención de calidad, una toma de decisiones informada y un cumplimiento adecuado de regulaciones.
En primer lugar, el sistema de archivo permite la organización meticulosa de historiales médicos, resultados de exámenes, informes de diagnóstico y otros registros. Clasificar y almacenar estos documentos de manera sistemática asegura que la información esté disponible y sea fácilmente localizable cuando sea necesario, lo que es vital para una atención médica coherente y efectiva.

Además, el sistema de archivo facilita la colaboración multidisciplinaria entre profesionales de la salud. Cuando la información está centralizada y accesible, los médicos, enfermeras y otros miembros del equipo pueden compartir datos relevantes, evaluar situaciones de manera integral y tomar decisiones fundamentadas en tiempo real.

La seguridad de los datos es otra ventaja crítica. Los sistemas de archivo modernos implementan medidas de seguridad para proteger la información confidencial de los pacientes, como el acceso restringido y la encriptación. Esto cumple con regulaciones de privacidad y protege la integridad de la información médica.

La eficiencia es un componente clave del sistema de archivo hospitalario. La capacidad de recuperar rápidamente información importante agiliza los procesos de atención al paciente, reduce tiempos de espera y minimiza la duplicación de pruebas o procedimientos. Esto no solo beneficia a los pacientes, sino que también optimiza los recursos del hospital.

El sistema de archivo también contribuye a la investigación y la mejora continua. Al tener acceso a un histórico detallado de datos, los profesionales pueden analizar tendencias, evaluar resultados y diseñar estrategias para mejorar la calidad de la atención médica.

El buen gestionamiento de archivo documental es garantizar la organización, accesibilidad y seguridad de la información. Facilita la recuperación eficiente de datos, promueve la toma de decisiones informada y cumple con requisitos legales, optimizando la eficacia operativa y la integridad de la información en diversas áreas.

## 2 Objetivos

Describir el funcionamiento y aspectos fundamentales a tener en cuenta por el auxiliar administrativo sobre el servicio de archivo documental 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

Introducción al Sistema de Archivo

En un entorno hospitalario, el sistema de archivo de documentos es esencial para organizar, almacenar y acceder a la amplia gama de registros médicos y administrativos. Un sistema de archivo eficiente garantiza la seguridad, confidencialidad y disponibilidad de la información crítica para la atención del paciente y la gestión hospitalaria.

Proceso y Componentes del Sistema de Archivo
**1. Clasificación y Categorización:**
Los documentos se clasifican en categorías como registros médicos, informes de laboratorio, facturas, informes administrativos, entre otros. Cada categoría tiene su propio sistema de codificación.

**2. Codificación:**
Los documentos reciben códigos únicos, como números o letras, que ayudan a identificar el tipo de documento y su contenido. Esto facilita la búsqueda y recuperación de información.

**3. Almacenamiento Físico:**
Los documentos en papel se almacenan en carpetas o expedientes, organizados en estanterías o armarios. Cada categoría tiene su ubicación designada, y los expedientes se ordenan alfabéticamente, numéricamente o cronológicamente.

**4. Digitalización:**
Muchos hospitales han adoptado la digitalización para reducir el espacio físico y facilitar el acceso a la información. Los documentos se escanean y almacenan en sistemas electrónicos seguros.

**5. Sistemas de Gestión de Documentos:**
Los hospitales utilizan software de gestión de documentos para registrar, seguir y acceder a la información. Estos sistemas permiten buscar documentos por palabras clave, fechas o códigos.

**6. Seguridad y Confidencialidad:**
La información médica es confidencial, por lo que el sistema de archivo debe cumplir con estándares de seguridad. El acceso está restringido a personal autorizado y se utilizan medidas de protección como contraseñas y cifrado.

**7. Recuperación de Documentos:**
Cuando se necesita un documento, se busca en el sistema usando su código o información clave. Luego se recupera físicamente de la ubicación designada o se accede digitalmente.

**8. Mantenimiento y Eliminación:**
Los documentos se mantienen según regulaciones legales y políticas del hospital. Los documentos obsoletos se eliminan de manera segura, siguiendo protocolos específicos para la gestión de registros.

**9. Capacitación y Auditorías:**
El personal recibe capacitación para utilizar el sistema de archivo correctamente. Además, se realizan auditorías regulares para asegurar el cumplimiento de los procedimientos y la calidad del sistema.

## 5 Discusión-Conclusión

El sistema de archivo de documentos en un hospital es una parte vital de la gestión de la información médica y administrativa.
En resumen, es una herramienta esencial para gestionar, organizar y acceder a la información médica y administrativa. Su eficiencia impacta en la calidad de la atención al paciente y en la toma de decisiones médicas y administrativas.Ofrece beneficios que abarcan desde una atención más eficiente y coordinada hasta la protección de la privacidad del paciente y la posibilidad de realizar investigaciones significativas. Su implementación adecuada es crucial para mantener la excelencia en la atención médica y garantizar la seguridad y calidad en todos los aspectos del entorno hospitalario.

## 6 Bibliografía

1.- https://tratamientodearchivos.es
2.- https://www.docunecta.com/
3.- https://www.ticportal.es

## Capítulo 304

# FUNCIONES, ACTUACIÓN Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

CAROLINA HURTADO GARCIA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

## 1 Introducción

Durante el proceso asistencial, en ocasiones se hace necesario seguir al paciente a diario para tener un mejor control sobre la evolución de su patología, la cual no puede ser solventada de forma ambulatoria en una consulta puntual. Para ello se destinan las instituciones hospitalarias, así, se puede internar al paciente por un periodo de tiempo determinado, en el que se realizarán pruebas diagnósticas, tratamientos invasivos que requieren monitorización continúa, o quizás una intervención quirúrgica.

Algunas de las ventajas de la hospitalización frente al tratamiento ambulatorio, son que ofrece mucho más control e información clínica relevante del paciente, pues es posible obtener un registro detallado de la medicación, su tolerancia, parámetros como el volumen de orina, la dieta, etc. Además, si existiese alguna

complicación o agudización del proceso patológico, en pocos minutos el paciente dispone de un equipo médico a su disposición.
Por otro lado, algunas desventajas para el paciente causadas por su hospitalización, especialmente cuando esta es prolongada, son la aparición de úlceras por presión en pacientes encamados, la disminución de la calidad de vida percibida por el usuario, la pérdida de masa muscular debido a la inactividad, etc.
En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en la unidad de hospitalización.

## 2 Objetivos

-Desarrollar brevemente las funciones del celador en hospitalización, destacando la labor del celador en esta unidad.
-Poner en valor el trabajo que realiza el celador en hospitalización, necesario para el correcto funcionamiento de la unidad.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "hospitalización", "geriatría", 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

Cada hospital cuenta con un número determinado de servicios o especialidades, los cuales cuentan con su unidad de hospitalización, distribuidas por las plantas.

Según las necesidades y el tamaño del servicio, en ocasiones varias especialidades comparten planta.
Las instituciones hospitalarias requieren un importante trabajo de gestión, organización y administración para funcionar de forma eficiente; así como una importante labor de limpieza y esterilización, pues está comprobado de forma científica que los hospitales son una fuente importante de propagación de enfermedades nosocomiales.
En un hospital trabajan multitud de personales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentra el celador.
A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en el área de hospitalización.
El celador deberá conocer los protocolos de aislamiento, e higiene adecuados para evitar la transmisión de las tan peligrosas infecciones nosocomiales, estas son aquellas que se propagan en el interior del hospital, frecuentemente protagonizadas por gérmenes multirresistentes. Por ello el celador deberá llevar una estricta higiene de manos, cambiar la bata desechable entre cada paciente aislado, y portar todas las medidas de aislamiento necesarias, bata, guantes, mascarilla, etc.
El celador se encargará del transporte de todos los documentos, historias clínicas, etc., recogiéndolas del archivo y devolviéndolas al final del día.

El celador se encargará de transportar a los pacientes de unas unidades a otras, hacia otros servicios para realizarse pruebas, etc., cuando así se le indique, y lo hará empujando la camilla o la silla de ruedas según el estado del paciente.
El celador deberá transportar todas las muestras biológicas recogidas en la unidad de hospitalización y trasportarla al laboratorio.
Si hubiera que transmitir un recado oral o una orden verbal, será el celador quien la comunique sin tardanza al servicio oportuno.
Otra competencia del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

## 5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del texto, la institución sanitaria es un edificio complejo que requiere del trabajo organizado de multitud de profesionales para su correcto funcionamiento, personal administrativo, de mantenimiento y limpieza, gestores, personal sanitario, enfermeros, facultativos especialistas, auxiliares de enfermería, celadores etc.

Es de vital importancia que los trabajadores del hospital en contacto con los pacientes conozcan los protocolos de higiene, asepsia y antisepsia, y las medidas de aislamiento para contribuir al orden normal y el desempeño de la actividad clínica del hospital.
El celador presta su trabajo para que la institución hospitalaria funcione de forma adecuada y eficiente.

## 6 Bibliografía

1. Funciones del celador en las plantas de hospitalización - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo." (n.d.). Retrieved from https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/
2. Funciones del celador en una planta de hospitalización. (n.d.). Retrieved from https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/

## Capítulo 305

# FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DEL CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

CAROLINA HURTADO GARCIA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

## 1 Introducción

Dentro de los hospitales tenemos pacientes que por sus patologías requieren permanecer en régimen de internamiento y necesitan ser ingresados en planta de hospitalización.
Dentro de cada hospital dependiendo de su nivel existirán diversas plantas de hospitalización de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, entre estas especialidades encontramos la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que es atendida por médicos con la especialidad de medicino intensiva.
Actualmente existen unidades de cuidados intensivos específicas para las diferentes especialidades de la salud.
La unidad de cuidados intensivos atiende a pacientes que requieren atención continua y especializada las 24 horas del día debido a la gravedad de su estado. En

estas unidades trabaja un equipo multidisciplinar compuesto por médicos intensivistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores etc.
Todos estos profesionales deben tener una formación específica y seguir cuidadosamente todos los protocolos de trabajo para no empeorar la situación de los pacientes.
El celador que presta sus servicios en la UCI debe conocer perfectamente las técnicas de movilización de pacientes ya que éstos están en estado grave y se hallan conectados a respiradores, bombas, sistemas de sueros, etc.
En el presente capítulo vamos a describir las funciones que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos, así como los protocolos que debe seguir y la importancia de éstos para el correcto funcionamiento de la unidad.

## 2 Objetivos

-Describir la unidad de cuidados intensivos.
-Describir todas las funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.
-Destacar la importancia del celador en 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 un servicio que esta dotado con unos medios técnicos y personales altamente cualificados, que se encuentra en una ubicación concreta del hospital, normalmente cercana a los quirófanos y al servicio de urgencias, con unas características estructurales específicas.
El personal que trabaja en esta unidad ya sea sanitario o no sanitario debe tener una formación específica y seguir cuidadosamente los protocolos de trabajo, pues los pacientes ingresados suelen estar en estado crítico, pero con posibilidades de recuperación.

No todos los pacientes son candidatos a ocupar una cama de UCI deben reunir las siguientes características:
-Enfermedad grave.
-Posibilidad de recuperación o de revertir la enfermedad.
-Necesidad de atención médica y cuidados de enfermería continuos.
-Necesidad de un área altamente tecnificada.
Por todo lo anteriormente descrito, el celador que presta sus servicios en esta unidad debe poseer los conocimientos necesarios al igual que el resto de personal, para manejar adecuadamente a los pacientes.
Las funciones que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos son las siguientes:
-Colaborará en los aseos de los pacientes con las auxiliares de enfermería.
-Ayudará a realizar los cambios posturales siguiendo las instrucciones del personal sanitario.
-Transportará las muestras biológicas al laboratorio correspondiente para su análisis.
-Cuando sea necesario la realización de un portátil de rayos colaborará en todo lo que le indique el técnico de radiodiagnóstico.
-Llevará a los pacientes para la realización de pruebas.
-Subirá de farmacia los pedidos.
-Será el encargado de acompañar a las visitas en los horarios establecidos e indicarles las medidas de higiene que deben observar.
-Informará a los familiares sobre los horarios de visitas.
-Cursará documentos, cartas, documentación que le sea indicada por el personal sanitario.
-Se encargará de llevar las historias clínicas solicitadas por los facultativos.
-En todo momento deberá cumplir las medidas de higiene obligatorias en la unidad.

## 5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar la unidad de cuidados intensivos requiere una formación específica y diferente al resto de plantas de hospitalización debido a la gravedad de los pacientes allí ingresados.
En este sentido el celador debe estar formado en movilización de pacientes, pues su trabajo en esta unidad requiere gran profesionalidad a la hora de movilizar a los enfermos debido a su estado de gravedad.

Igualmente, el celador debe seguir escrupulosamente las medidas de higiene, pues la no observancia de estas medidas puede contribuir a la propagación de infecciones que serían muy perjudiciales para el estado de salud de los pacientes ingresados.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-sus-funciones-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/.
2. https://revistamedica.com/celador-uci/.

## Capítulo 306

# FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD

CAROLINA HURTADO GARCIA

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

## 1 Introducción

La atención primaria constituye el primer nivel asistencial de atención sanitaria al usuario, es aquella que se lleva a cabo por los médicos que poseen la especialidad de Medicina familiar y comunitaria, y su actividad clínica se desarrolla principalmente en los centros de salud.
La relación médico-paciente adquiere un valor fundamental cuando se habla de atención primaria, pues frecuentemente será el mismo médico de familia el que acompañe al usuario durante largos períodos de tiempo a lo largo de su vida, y es importante que se forje entre ellos una relación de confianza, pues son ya numerosos estudios los que avalan el potencial terapéutico que posee una buena

relación médico-paciente por sí misma. Esta relación está influenciada por diversos factores, uno de los más importantes es la comunicación efectiva y el entendimiento, por lo que resulta prioritario que el facultativo utilice un lenguaje claro y directo, amable y cordial, sin tecnicismos médicos que dificulten el entendimiento.

Frecuentemente se afirma que la atención primaria es la puerta de entrada a los servicios especializados, pero esta afirmación es reduccionista, pues la atención primaria va mucho más allá de un mero trámite que sirva de puente hacia la atención especializada, puesto que desde atención primaria se promueven estrategias de higiene postura, prevención y cribado de las enfermedades más prevalentes, planes de vacunación, etc.

En el presente texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en los centros de salud.

## 2 Objetivos

-Desarrollar brevemente las funciones que el celador lleva a cabo en atención primaria.

-Poner en valor el trabajo que realiza el celador en este servicio, 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”, “atención primaria”, “centros de salud”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas 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 relación médico pacientes se define como aquella que surge fruto del encuentro entre dos personas, una de ellas el paciente enfermo, la otra, el facultativo cualificado para prestarle su ayuda, fruto de su formación en medicina, sus habilidades y su experiencia profesional. Es importante que el médico posea cualidades comunicativas que le permitan llegar al paciente, que sea amable y educado, para que se forje un entorno seguro y de confianza en el que el paciente se sienta cómodo a la hora de expresar sus dolencias. El médico ha de hablar siempre con claridad y sinceridad, procurando hacer entender al paciente la naturaleza de su proceso patológico sin utilizar en exceso tecnicismos médicos que dificulten la comprensión del paciente. Además, el médico deberá prestar atención a su lenguaje no verbal, su expresión corporal y mostrarse de buena presencia para transmitir confianza y seguridad.
A continuación, se desarrollarán las funciones del celador en atención primaria.
El celador deberá transportar las muestras biológicas recogidas en el centro de salud, como muestras de sangre, etc., al laboratorio. Si se tratase de un centro de salud que por su reducido volumen de pacientes no contase con instalaciones de laboratorio, el celador se encargará de transportar dichas muestras en vehículo al hospital de referencia.
El celador se encargará de recoger del hospital de referencia las vacunas y trasladarlas al centro de salud donde serán administradas a la población.
El celador deberá ayudar al personal sanitario en pequeñas tareas cuando así le sea solicitado, como, por ejemplo, en la movilización de un paciente, etc.
El celador transportará a los pacientes que posean problemas de movilidad.
El celador se encargará del transporte de diversos elementos, como historias clínicas, inmobiliario, aparatos médicos, etc., cuando le sea solicitado por sus superiores.
El celador velará por el orden y la tranquilidad en el centro de salud, ordenando silencio en las salas de espera y evitando el paso de personal no autorizado.

## 5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, la labor de la atención primaria es vital para ofrecer al usuario una asistencia sanitaria de calidad, el médico de familia es una figura que estará presente en multitud de ocasiones a lo largo de la vida del paciente, y le acompañará en momentos de alegría, como en el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, pero también en momentos

de enfermedad, ya sean procesos leves o patologías graves, por ello se deduce la importancia que posee mantener una buena relación médico paciente.
En el centro de salud trabajan multitud de profesionales, como los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, enfermeras, celadores, auxiliares de enfermería, personal administrativo, de mantenimiento y limpieza, etc.
El celador contribuye con su trabajo al buen funcionamiento del centro de salud.

## 6 Bibliografía

1. Funciones del Celador en atención primaria - ESSAE. (n.d.). from https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria
2. Las funciones del celador en Atención Primaria - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved from https://revistamedica.com/las-funciones-del-celador-en-atencion-primaria/

## Capítulo 307

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO. DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

IRENE BORRELL PANDURO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

## 1 Introducción

Las personas que trabajan en puestos administrativos frecuentemente padecen el síndrome del túnel carpiano.
Esto está muy influenciado por el uso rutinario del ratón del ordenador y otras tareas manuales repetitivas.
Cuando el nervio mediano del brazo se comprime a la altura de la muñeca, este síntoma y su patología comienzan a desarrollarse.
El engrosamiento de las vainas tendinosas provoca inflamación y atrapamiento del nervio mediano.
Como resultado, la muñeca siente dolor e incomodidad, que luego pueden extenderse al brazo y la mano.

Si el dolor es insoportable o le impide realizar sus actividades diarias, puede ser necesaria una cirugía. Por ejemplo, cuando el paciente experimenta síntomas como dificultad para dormir por la noche o entumecimiento de manos o pies.
No es un tratamiento muy recomendable porque, lamentablemente, los síntomas se repiten con frecuencia. Aunque no se cree que sea una enfermedad grave, quienes la padecen viven con sus síntomas todos los días.
Los trabajadores administrativos frecuentemente sufren de esta condición como resultado del uso constante del mouse de la computadora. Además, extendiendo y flexionando repetidamente la muñeca.
Aunque no se trata de una lesión grave, como ya hemos comentado, puede dificultar la realización de las tareas diarias.

Este capítulo repasará las consecuencias de una lesión para un auxiliar administrativo que trabaja en el ámbito de la salud, así como sus diversas causas y las medidas preventivas disponibles.

## 2 Objetivos

Describir el Síndrome del túnel carpiano así como las principales medidas preventivas.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado temarios de oposición. Hemos introducido palabras clave como auxiliar administrativo-sintomas-túnel carpiano- ordenador- pantalla- ratón-tunel carpiano

## 4 Resultados

Se intentará enumerar varias causas potenciales de esta patología:
-La utilización tanto el ratón del ordenador como los dedos de la mano repetidamente.
Las principales herramientas del auxiliar administrativo para hacer las cosas durante el día son el ordenador y el ratón. Se utilizan movimientos largos y repetitivos de las manos.

- Debido a que escribir en un teclado requiere una extensión constante de la muñeca y los dedos, la posición de la mano y la muñeca es crucial.

Además, puede tener un efecto sobre la predisposición genética de otras enfermedades, incluidas las relacionadas con las hormonas genitales femeninas, la diabetes y las enfermedades reumáticas, entre otras.

Con el fin de mitigar de alguna forma la sintomatología, se pueden llevar a cabo medidas preventivas, como pudieran ser:

- No mantendremos las muñecas en posición larga de extensión o flexión.
Se programarán la realización de estiramientos durante los períodos de descanso programados.

- Para disminuir la exposición a prácticas que agravan los síntomas, rediseñaremos los puestos de trabajo y facilitaremos los cambios de turno en el trabajo.

- Estar atento a los desarrollos innovadores que ayudan a prevenir en lugar de enfatizar, como los ratones verticales.

Existen unos tratamientos que no son de tipo quirúrgicos y que pueden aliviar los síntomas al paciente:

- Tanto los antiinflamatorios como los analgésicos se utilizan para tratar la inflamación y el dolor, respectivamente.

- Reducir la presión sobre el nervio del túnel carpiano interno inmovilizando la muñeca y permitiendo que esté en una posición más natural con férulas.

- Una inyección de cortisona que ha sido dirigida más específicamente y está destinada a durar más, a conseguir un mayor efecto.

-Ejercicios de estiramiento muscular serán muy convenientes para aliviar la presión dolorosa del nervio.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo del sector sanitario sufre con frecuencia este tipo de enfermedades.

Los principales factores que contribuyen a ello son el uso constante del hardware informático en el trabajo, especialmente el teclado y el ratón.

Si bien tomar medidas preventivas puede ser ventajoso, detener la aparición de los síntomas del síndrome del túnel carpiano puede resultar un desafío.

Según las investigaciones, las mujeres entre 40 y 60 años tienen más probabilidades de desarrollarlo. Se trata de una neuropatía con síntomas manejables que actualmente se considera una enfermedad profesional bastante típica.

Puede ser crucial comprender las diversas medidas preventivas y las causas de los síntomas para evitar que se cronifique.

## 6 Bibliografía

-www.topdoctors.es/diccionario-medico/tunel-carpiano

## Capítulo 308

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO Y LA TRAMITACION DE LA CORRESPONDENCIA

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

## 1 Introducción

En el ámbito sanitario, el auxiliar administrativo es responsable de realizar una variedad de tareas para asegurar el buen funcionamiento de los centros sanitarios, así como para coordinar un servicio de atención a los pacientes de alto nivel Algunas de las funciones que realiza un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario son:

- Atención al paciente tanto presencial como telefónicamente, siempre manteniendo una escucha activa, amabilidad y un trato cercano.
- Gestión de citas de los pacientes, así como las de los profesionales del centro sanitario.

- Registro y gestión de la documentación sanitaria.
- Elaboración, conservación y actualización de ficheros y archivos varios.

En cuanto a la tramitación de la correspondencia, el auxiliar administrativo es responsable de recibir, clasificar y repartir la correspondencia entrante y saliente. También se encarga de preparar y enviar correspondencia, incluyendo cartas, correos electrónicos y otros documentos, así como de registrarla y clasificarla según las normas internas establecidas por cada centro sanitario.

Como también el auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios, así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

Por lo tanto podemos deducir que la tarea del auxiliar administrativo es vital a la hora de manejar la correspondencia para que los pacientes tengan un servicio óptimo.

## 2 Objetivos

-Enumerar los objetivos buscados con la actuación de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.
- Conocer la correspondencia sanitaria y toda su gestión.

## 3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consecuente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han revisado artículos en las principales bases de dato: pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: auxiliar administrativo, documentación sanitaria, funciones, tramitación de correspondencia.

## 4 Resultados

Las funciones principales del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario están vinculadas con el trabajo de oficina, como pueden ser:
- Tramitación de correspondencia: entrada y salida de documentación.
- Recepción de documentos
- Atender llamadas telefónicas y visita de pacientes.

- Informar sobre todo lo referente al departamento del que depende.
- Estar al corriente de la tramitación de expedientes.
- Poseer conocimiento de los departamentos de las administraciones publicas
- Tener conocimiento del manejo de maquinaria de oficina, desde calculadoras hasta fotocopiadoras pasando por los ordenadores y los programas informáticos que suponen.
- Tener conocimiento profundo en protocolo sanitario
- Llevar la correspondencia e historial clínico: archivos, cartas, registros, entregas, correos, cartas, citas médicas….
- Tener capacidad de organización, con las documentación a su cargo y todas las responsabilidades de entrega
- Cuidar que todo esté en orden y se vea bien cuidado y dirigido.
- Admisión de pacientes
- Registrar y clasificar la correspondencia, según la normativa sanitaria.
- Trabajar toda la documentación sanitaria.

En cuanto a la correspondencia sanitaria es un conjunto de documentos y comunicaciones que se intercambian entre los profesionales de la salud y los pacientes, la correspondencia sanitaria puede incluir informes médicos, resultados de pruebas diagnósticas, historias clínicas, recetas médicas, entre otros.
Por otra parte uno de los casos en los que un paciente debe llevar parte de la documentación sanitaria es cuando un paciente acude a urgencias, es importante que lleve consigo la documentación sanitaria necesaria para que los profesionales médicos puedan brindarle la atención adecuada. Según la consejería de sanidad de castilla-la mancha la documentación sanitaria que se recomienda llevar en estos casos es la siguiente:
- tarjeta sanitaria: Es el documento que acredita al paciente como beneficiario del sistema sanitario público, en caso de no disponer de ella, se puede presentar el DNI o cualquier otro documento que acredite la identificación del paciente.
- Historia clínica: Es el registro médico del paciente, donde se recogen los datos relevantes sobre su salud, como antecedentes médicos, alegrías, tratamientos previos, entre otros. Si el paciente no dispone de ella, se puede solicitar una copia en su centro de salud.
- medicamentos: Es importante llevar una lista actualizada de los medicamentos que toma el paciente, incluyendo aquellos que no requieren receta médica.
- Informes médicos: Si el paciente ha sido tratado recientemente por algún problema de salud, es recomendable llevar consigo los informes médicos correspondientes.

También debe llevar consigo toda esta documentación cuando acude a una cita médica, ya que el profesional actualizara su historial médico.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario y la correspondencia sanitaria", nos refleja las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en el servicio de correspondencia sanitaria.
Dichas actuaciones son fundamentales para el desarrollo del ámbito sanitario, deberían conocer todas sus funciones para poder ejecutarlas perfectamente. Hacer llegar la correspondencia los pacientes o a las instituciones necesarias.
El auxiliar administrativo debe ser consciente de todo el protocolo sanitario y administrativo a seguir para poder enviar y recibir la correspondencia sanitaria y así poder dar un servicio al paciente óptimo y eficaz.

## 6 Bibliografía

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vMh80jNZcDwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=auxiliar+administrativo+y+documentacion+sanitaria&ots=YaUOGIS0T9&sig=Qfjykrom_O0owsDezyq5KfRKesk#v=onepage&q&f=false
https://www.opositatest.com/oposiciones/auxiliar-administrativo-de-servicios-sanitarios-normativa-comun/contenidos/la-ley-14-1986-general-de-sanidad-auxiliares-servicios-sanitarios
https://www.rae.es/
https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131020/documentacion_sanitaria.pdf

## Capítulo 309

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO Y SUS FUNCIONES GENERALES

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

## 1 Introducción

Para el buen funcionamiento de un centro hospitalario o centro de salud es imprescindible la labor del auxiliar administrativo. El auxiliar administrativo es considerado personal no sanitario y tiene las funciones de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la institución, así como las de secretarias de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática. Entre las tareas que realiza el auxiliar administrativo más específicamente, encontramos:

- Atención al paciente tanto presencial como telefónicamente, siempre manteniendo amabilidad y un trato cercano.
- Gestión de citas de los pacientes, así como las de los profesionales del centro sanitario.

En general el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario desempeña tareas similares a las de un auxiliar administrativo en cualquier otro ámbito, pero con la particularidad de que se realizan en un entorno sanitario. Por lo tanto, es importante que el auxiliar administrativo tenga conocimientos básicos sobre la terminología médica y los procedimientos sanitarios para poder desempeñar sus funciones de manera efectiva.
Para poder realizar todas sus funciones generales en el ámbito sanitario el auxiliar administrativo debe estar previamente formado e informado de todo el protocolo sanitario y así poder ofrecer a todos los pacientes un servicio eficaz y óptimo.

## 2 Objetivos

-Conocer los objetivos generales del auxiliar administrativo en sus funciones generales.
-Definir conceptos de las funciones de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

## 3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consecuente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han revisado artículos en las principales bases de dato: pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: auxiliar administrativo, ámbito sanitario, funciones generales.

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo en el ámbito sanitario es un profesional que se encarga de realizar tareas administrativas en un centro hospitalario o centro de salud.
Algunas de las funciones que desarrolla un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario son:
- Atender al paciente tanto presencial como telefónicamente, siempre manteniendo amabilidad y un trato cercano.
- Gestionar las citas de los pacientes, así como las de los profesionales del centro sanitario.
- Realizar tareas asistenciales que exige la institución correspondiente.

- Recepción de llamadas y atender al publico
- Gestionar y administrar los datos en el sistema informático.
- Llevar a cabo la gestión de transporte como puede ser las ambulancias.
- Fotocopiar e imprimir documentos.
- Gestionar material del centro sanitario.
- Incorporar documentación nueva o ya existente a los expedientes administrativos.
- Archivar y llevar registro de los expedientes.
- Gestión de la historia clínica de cada paciente.

El auxiliar administrativo en el ámbito sanitario debe poseer habilidades sociales y de comunicación, como la empatía, la asertividad y la capacidad de mantener una escucha activa en la conversación con la persona usuaria del centro sanitario. Además, debe ser capaz de trabajar en equipo, tener una actitud proactiva y ser capaz de adaptarse a situaciones cambiantes.

Para poder realizar las funciones generales una de las caracterizaciones de los auxiliares administrativos es la escucha activa que es una habilidad social importante para el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. Consiste en prestar atención a la persona usuaria del centro sanitario, demostrando interés y conocimiento por lo que se está diciendo, y respondiendo de manera idónea y respetuosa. Para practicar la escucha activa, es importante que el auxiliar administrativo se centre en el paciente, evitando distracciones. También es importante que el auxiliar administrativo haga preguntas abiertas para fomentar la conversación y manifestar interés en las necesidades de los usuarios y así poder dar un mejor servicio.

## 5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto las evidencias presentadas en el capítulo de " El auxiliar administrativo en el ámbito sanitario y sus funciones generales" hablan sobre la correcta atención del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario es de vital importancia para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado en tiempo real.

El auxiliar administrativo tiene muchas labores a lo largo de su jornada laboral, desde la recepción de tarjetas sanitarias, gestionar las citas médicas adecuadamente, enviar y recibir correspondencia, tener actualizado la base de datos sanitaria…. entre muchas otras labores. Gracias a la labor del auxiliar administrativo se lleva a cabo una gestión de orden con pacientes y profesionales.

# 6 Bibliografía

https://www.opositatest.com/oposiciones/auxiliar-administrativo-de-servicios-sanitarios-normativa-comun/contenidos/la-ley-14-1986-general-de-sanidad-auxiliares-servicios-sanitarios
https://www.rae.es/
https://www.boe.es/eli/es/o/1984/05/28/(1)

## Capítulo 310

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y DOCUMENTACION SANITARIA

SOLEDAD MINGUEZ FERNANDEZ

ANA BELEN ABELLAN NAVARRO

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

EVA MARIA VELA PALOMINO

FRANCISCO SEPÚLVEDA SÁNCHEZ

## 1 Introducción

El auxiliar administrativo es el encargado de tratar la documentación sanitaria y trabajar con ella.
Tareas específicas del auxiliar administrativo en el ámbito de la documentación sanitaria, estas pueden incluir la gestión de ingresos, altas, asignadas de camas y prestación de otros servicios sanitarios a pacientes/usuarios, asegurando el cumplimiento de los procesos y los niveles de calidad. También pueden encargarse del archivo de historias clínicas y otra documentación, atendiendo a criterios, procesos y procedimientos establecidos. Además pueden realizar procesos de codificación de diagnósticos y procedimientos relacionados con la clasificación internacional de enfermedades.
Por otra parte la documentación sanitaria es el conjunto de documentos que contienen información sobre la salud de los pacientes y su atención sanitaria. Esta

documentación se utiliza para la gestión de los servicios sanitarios, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.
En España, el Ministerio de educación y formación Profesional ofrece un título de técnico superior en documentación sanitaria que se puede obtener a través de un ciclo formativo de grado superior, este título permite trabajar en la gestión y organización de archivos clínicos, la codificación de datos clínicos y no clínicos, y la validación y explotación de datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) mediante herramientas estadísticas, epidemiológicas y de control de calidad.
Además, el ministerio de sanidad ha desarrollado la historia clínica digital del sistema nacional de salud (HCDSNS), que tiene como objetivo garantizar el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente.

## 2 Objetivos

- Enumerar todas las funciones del auxiliar administrativo con la documentación sanitaria.
- Conocer todas sus funciones desde el inicio de la recepción.
- Analizar la función del auxiliar administrativo con respecto a la documentación clínica.

## 3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consecuente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han revisado artículos en las principales bases de dato: pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: auxiliar administrativo, documentación sanitaria, paciente, identificación, privacidad.

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo como profesional es el encargado de realizar las tareas administrativas y de gestión de la información clínica en los centros sanitarios. Algunas de sus funciones son:

- Atender y orientar a los pacientes y usuarios, tanto presencialmente como por teléfono o correo electrónico.
- Gestionar los procesos de admisión, alta, traslado y asignación de camas de los pacientes.
- Archivar los sistemas de información y clasificación sanitarios, como la clasificación internacional de enfermedades (CIE) o el Conjunto Mínimo básico de datos (CMBD)
- Realizar la facturación y el cobro de los servicios sanitarios prestados.
- Colaboración con el personal sanitario en la elaboración de informes, estadísticas y estudios.

La documentación necesaria para los pacientes puede variar según el contexto y la finalidad de la atención sanitaria. En general, la documentación sanitaria se utiliza para la gestión de los servicios sanitarios, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.

Por otro lado, la historia clínica es un documento fundamental en el ámbito de la atención sanitaria. Contiene información sobre los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que ha intervenido en ellos. La historia clínica es un documento confidencial y su acceso está restringido a los profesionales sanitarios que intervienen en la atención del paciente.

En España, existen diferentes formas de entregar la documentación sanitaria.

A continuación, se presentan algunas opciones:

- Registro electrónico: el registro electrónico es una plataforma que permite presentar solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidos a las administraciones públicas. Si se trata de documentación relacionada con la seguridad social, se puede acceder al registro electrónico de la seguridad social.
- Oficinas de registro: las oficinas de registro son oficinas d atención a la ciudadanía a las que se puede acudir para presentar solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidos a las administraciones públicas. Puedes acceder a los datos de contacto de las oficinas de registro estatales, autonómicas o locales a través del buscador de oficinas.

## 5 Discusión-Conclusión

La correcta gestión del auxiliar administrativo con la documentación sanitaria es de vital importancia para garantizar que los pacientes tengan archivados y actualizados todos sus datos sanitarios.

La historia clínica es el documento legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos, pruebas médicas y los datos relativos a su salud, toda esta historia se realiza con la finalidad de facilitar la asistencia del paciente a su consulta.
De ahí podemos ver la importancia médico-legal de la historia médica de cada paciente, incluye el derecho de confidencialidad del paciente y el deber y derecho del médico al realizar los informes médicos. Este es el instrumento con el cual se trabaja en el ámbito sanitario para garantizar al paciente una asistencia adecuada. Los profesionales sanitarios de los centros que realizan dichos informes tendrán acceso al historial médico de cada paciente, pero los auxiliares administrativos solo pueden acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

## 6 Bibliografía

https://www.opositatest.com/oposiciones/auxiliar-administrativo-de-servicios-sanitarios-normativa-comun/contenidos/la-ley-14-1986-general-de-sanidad-auxiliares-servicios-sanitarios
https://www.rae.es/
https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131020/documentacion_sanitaria.pdf

## Capítulo 311

# LA FIGURA DEL CELADOR COMO PARTE DEL EQUIPO MULTICISCIPLINAR DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JAVIER CRESPO NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

## 1 Introducción

El celador en el servicio de urgencias, adquiere una especial dimensión, dada la peculiaridad del mismo, en cuanto al dinamismo, disponibilidad y especial atención y humanización propias de las urgencias, tanto en un centro hospitalario como en el ámbito de atención primaria, en las urgencias de un centro de salud o punto de atención continuada.

El Servicio de Urgencias de del hospital o de un centro de salud, debe de tener un acceso claramente identificado y estar próximo a una puerta de entrada o salida

del hospital, para facilitar el acceso a los pacientes.

A lo largo de este capítulo, vamos a centrarnos en especial en el servicio de urgencias de un Hospital, en la estructura que este servicio debe tener para su correcto funcionamiento y las tareas fundamentales que la figura del celador llevará a cabo en colaboración con el resto del equipo de Urgencias.

Los pacientes y familiares acuden al servicio de urgencias por diversas causas de diferente gravedad, por lo cual deben ser priorizados en función de la misma.

El celador forma parte del equipo de urgencias y además de las funciones que le son propias, en este capítulo detallaremos las funciones que desarrollará en este servicio, en el que en muchas ocasiones será el primer profesional en atender al paciente a su llegada al mismo.

Dado que el celador es un profesional que está en contacto directo con los pacientes, es de gran importancia el trato humano con que debe desarrollar sus funciones.

## 2 Objetivos

• Explicar las diferentes áreas del servicio de urgencias de un centro hospitalario.

• Detallar las tareas fundamentales que la figura del celador llevará a cabo como parte del equipo de Urgencias de un centro hospitalario.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración de éste capítulo se ha efectuado una búsqueda de información en internet, revisando diferentes publicaciones científicas y bases de datos.
Se han consultado fuentes bibliográficas online y se ha llevado a cabo una revisión y recopilación de la información obtenida

## 4 Resultados

Es fundamental que el celador conozca la estructura del servicio de Urgencias de un centro hospitalario. Este servicio consta de diversas áreas claramente diferenciadas:

ACCESO, es la entrada del servicio de urgencias donde acuden los pacientes y las ambulancias. El celador será el encargado de la acogida a los pacientes y familiares.
ADMISIÓN, en donde se registran los pacientes, se realizan los trámites administrativos.
TRIAJE, es se da asistencia en primer lugar a los pacientes y se clasifican en función de su gravedad.
AREA DE CRÍTICOS Y PARADAS, se atiende a los pacientes de nivel II, y suele encontrarse también el box de reanimación en donde se atiende a pacientes de nivel I
BOXES Y CONSULTAS, en donde se atienden en un principio las prioridades III, IV, Y V.
AREA DE OBSERVACIÓN, suele haber camillas y sillones en donde están los pacientes ya valorados, que requieren otras pruebas o seguimiento.
OTRAS AREAS, como controles de enfermería, despachos médicos o salas de espera.
Pasamos a detallar las funciones que principalmente la figura del celador realizará en el servicio de urgencias de un centro hospitalario:
Recibirán a los pacientes y orientarlos tanto a ellos como a sus familiares.
El celador vigilará que haya siempre sillas de ruedas y camillas en la entrada de urgencias para los pacientes que pueden necesitarlas.
Control del acceso a la entrada de urgencias y vigilancia del órden en el servicio.
Apoyarán al personal sanitario cuando sean requeridos para ello, así como les darán aviso cuando sea necesario.
Trasladarán a los pacientes, a distintas pruebas, para su ingreso en planta, tanto en camilla, silla de ruedas o bien a pie.
Traslado de documentación, útiles o aparataje de un servicio a otro cuando se lo indique un superior.
Darán aviso a los familiares en la sala de espera, cuando el paciente sea trasladado, ingresado o dado de alta.
En ningún caso el celador facilitará información médica a los pacientes ni a los familiares, remitiendo a los mismos al sanitario correspondiente.

## 5 Discusión-Conclusión

Dadas las especiales características del servicio de Urgencias de un centro hospitalario, el celador debe ser conocedor de la estructura y funcionamiento del mismo.

El celador forma parte del equipo de urgencias, compuesto por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, dentro del cual desarrollará sus funciones siempre en colaboración con el resto.
Si algo caracteriza el servicio es la variedad de patologías que son atendidas en el mismo, resultando un servicio muy dinámico y en el cual el celador realizará además de las funciones que le son propias, otras específicas dadas las características del servicio, que se han analizado a lo largo del presente trabajo.

## 6 Bibliografía

1. Actuación del celador en el servicio de urgencias (Internet) https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/
2. Organización funcional de las urgencias y emergencias [Internet] [2019]. Disponible en: https://biocritic.es/wp-content/uploads/2020/01/Organizacio%CC%81n_Triaje_2019_20.pdf

## Capítulo 312

# EL USO Y UTILIZACIÓN DE LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CARLOS AUÑON FAJARDO

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

SONIA MORENO CABEZAS

## 1 Introducción

El papel de las aplicaciones informáticas en el uso del auxiliar administrativo en la sala de admisión es de gran importancia, debido a que, anteriormente, dichas aplicaciones eran muy escasas, además, de estar menos desarrolladas que en la actualidad, por lo que entorpecía el uso y desarrollo del trabajo de dichos trabajadores, tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada.

Dichas funciones eran básicamente el de llevar a cabo el control de los gastos hospitalarios que se llevaban en un hospital o centro sanitario. Actualmente, gracias a la evolución de estos años, dichas funciones se han generalizado, sobre todo en llevar a cabo el control y la gestión ya no solo económicamente, sino administrativamente de dicho hospital o centro sanitario.

La informática la podemos definir como el procesamiento de datos que se transmiten de forma automática, por medio de dispositivos digitales. Su función principal es la de gestionar, procesar, almacenar y transmitir información.

Entre una de sus finalidades que se lleva a cabo con el uso de las aplicaciones informáticas, es reducir los tiempos de espera y mejorar la gestión clínica, todo esto se lleva a cabo por medio un programa que lleva a cabo el control y programa de los recursos.

## 2 Objetivos

Conocer la evolución que han tenido las aplicaciones informáticas con respecto a la sanidad en hospitales y centros sanitarios, tanto públicos como privados.

## 3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el Auxiliar Administrativo en el conocimiento y manejo del paciente quemado que acude a urgencias. La metodología que hemos llevado a cabo consiste básicamente en una revisión bibliográfica de la literatura científica obtenida en bases de datos acreditadas: Medline plus, Google, Scielo, etc.; seleccionando y analizando los artículos científicos de publicaciones académicas que más se ajusten para el desarrollo de este trabajo.

## 4 Resultados

La informática, entre muchas de sus utilidades, se puede combinar con funciones sanitarias, como por ejemplo un ciudadano que se mete en la página web del SESCAM para pedir cita telefónica o presencial con su médico de cabecera.

El uso de la informática permite mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, además de promover la mejora de la eficacia y eficiencia, reduciendo los costes. Además, la informática permite a los profesionales sanitarios y no sanitarios unir todos los datos clínicos del paciente en una misma plataforma, de esta forma la accesibilidad a dichos datos clínicos es mucho más fácil, rápido y complejo.

Todos los datos del paciente se almacenan o se guardan en una nube, es decir, un almacenamiento digital en donde pueden acceder todos los profesionales sanitarios y no sanitarios autorizados para ello, además, con esta nube se evita el que dicha información pueda ser borrada, perdida o extraviada. Todos los cambios o modificaciones que se hagan, se guardan al momento en tiempo real, no hace

falta esperar ni crear otro nuevo documento para cambiar o modificar cualquier dato.

Como bien hemos dicho antes, todos los cambios se guardan al momento, creándose copias y duplicaciones, evitando la perdida de dicho contenido. También podemos destacar, como ventaja, el que el uso de las aplicaciones informáticas, como la nube, no ocupa ningún espacio físico, es decir, se puede guardar toda la información necesaria sin ningún tipo de límites físicos.

El auxiliar administrativo con el uso de las nuevas aplicaciones informáticas reduce la carga de trabajo que tiene que realizar, todos los procesos se hacen de forma más sencilla y menos complicada gracias a los programas que hay instalados en los hospitales o centros sanitarios, ya que por ejemplo presionando o haciendo clic con el ratón puedes acceder y observar toda la documentación que necesitas, además de permitir imprimir, mandar correos electrónicos o enviar por fax aquella documentación que necesites enviar a cualquier lugar en un tiempo de envío de corta duración, pudiendo hacer feedback con tu interlocutor en tiempo real.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el uso de la informática, tanto en la sanidad pública como privada, es de fundamental importancia, ya que nuestros profesionales administrativos la utilizan diariamente para realizar el correcto funcionamiento de sus actividades, como por ejemplo, el registro de datos, crear o abrir historias clínicas, almacenamiento de datos clínicos, etc.

Por lo tanto, yo creo que la formación de los profesionales sanitarios como no sanitarios se debería ir actualizando periódicamente, ya que las plataformas digitales, los programas informáticos como turriano, mambrino, tarjeta sanitaria, etc., se van actualizando y avanzando constantemente, para ofrecer un mejor servicio y de mayor calidad a los ciudadanos

## 6 Bibliografía

https://www.ncbi.nlm.nih.gov
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf

## Capítulo 313

# LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON PACIENTES FALLECIDOS

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

## 1 Introducción

La muerte es una parte natural de la vida, que afecta no solo al difunto sino también a su familia. Los cuidadores deben saber tanto el cuidado específico que necesita una persona después de la muerte como cómo tratar adecuadamente a los miembros de la familia, mostrar su compasión y respeto, y ayudarlos en todo lo que necesiten. La muerte del paciente es el cese completo de todas las funciones vitales del cuerpo humano. Su evaluación y certificación debe ser realizada por personal médico. Sin embargo, los cuidadores deben tener un conocimiento mínimo de los síntomas del paciente fallecido. Puede tener síntomas iniciales como frecuencia cardiaca atrófica, ausencia de tono muscular y movimiento respiratorio a la auscultación, ausencia de latidos y pérdida de sensibilidad en la piel, así como síntomas tardíos como aparición de cianosis, rigidez, pudrición y enfriamiento del cadáver. Después de que un médico confirme la muerte, el cuidador ayudará al personal médico a envolver en una toalla al paciente fallecido, quien

se encargará de transportarlo a la morgue. Antes de empezar a trabajar en el cerramiento, es importante asegurar la máxima privacidad posible en el caso de una habitación compartida mediante el uso de mamparas o mamparas. Un sudario es la preparación de un cuerpo para que los seres queridos puedan observarlo antes del entierro o cremación.

## 2 Objetivos

Definir las funciones del celador en relación con los servicios mortuorios que se llevan a cabo en las Instituciones Sanitarias.

## 3 Metodología

Este trabajo se ha realizado tras una revisión bibliográfica, para ello se han realizado búsquedas en diferentes revistas relacionadas con el tema como fueron: Mediagraphic, Redalyc o Sciendirect. Las páginas anteriormente mencionadas fueron localizadas en distintas bases de datos como Scielo, Pubmed o Cochrane, además de búsquedas en libros relacionados con el tema desarrollado en este trabajo.

## 4 Resultados

Vale la pena señalar que estos pueden estar muy relacionados con las tareas realizadas en la clínica o con la comunicación con familiares de pacientes terminales o fallecidos:

- Ayudar a las enfermeras o al personal de guardia a envolver a los muertos trasladándolos a la morgue.
- Auxiliar en la realización de la autopsia en funciones auxiliares que no requieran la intervención de ningún instrumento sobre el cuerpo, más allá de la limpieza de la mesa y de la sala de exploración.
- No comentar a los familiares y huéspedes del paciente sobre sus diagnósticos, pruebas o tratamientos, sin informar de ningún modo sobre el pronóstico de la enfermedad, derivando posibles consejerías al paciente. El médico atiende al paciente. La Sábana Santa es una función de enfermería que se puede delegar a los auxiliares de enfermería. En ambos casos, los guardabosques cooperarán con la práctica movilizando cadáveres. Después de que el médico determine la muerte del paciente, siempre en correspondencia con el personal médico, se debe realizar

la asistencia patológica. El sudario debe prepararse lo más secreta y rápidamente posible, para evitar problemas graves, y luego trasladarse a la morgue.

Se debe tener cuidado con la máxima esterilidad e higiene. Siempre se deben usar guantes. El sudario permite que los seres queridos los cuiden antes del entierro o la cremación. El cuerpo será trasladado en camilla o camilla cubierta, la cual deberá estar cubierta con una sábana, y el cuerpo también deberá ser cubierto por otros, desde el lugar del servicio donde ocurrió el fallecimiento, hasta el lugar de depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto. Antes de salir de la habitación con la camilla, debemos asegurarnos de que no haya pacientes y visitantes en el pasillo. De lo contrario, lo invitaremos a nuestra habitación y luego lo dejaremos en una camilla. Los traslados a las morgues deben realizarse previa recepción de los correspondientes certificados de traslado a lugares poco frecuentados y confianza en la presencia de otros pacientes o familiares visitándolos. Además, es obligatorio el uso de guantes de látex y desechables, que es la barrera de protección más importante en este servicio. Si los guantes se dañan o rompen durante el trabajo, los celadores deben lavarse las manos inmediatamente y ponerse un par nuevo. Se usará una bata, generalmente desechable, para evitar que la sangre salpique el cuerpo o las extremidades del guardia. Mascarillas y gafas para evitar salpicaduras de fluidos corporales. El lavado frecuente de manos es una de las principales formas de evitar la contaminación microbiana.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, hemos visto anteriormente en este capítulo todas las funciones del celador, en cuanto a los servicios mortuorios de los hospitales españoles, tal como hemos visto, además hemos concluido que son funciones auxiliares, pero muy importantes para el amortajamiento de los cadáveres o pacientes fallecidos de los centros hospitalarios para que este servicio funcione a la perfección, hemos observado también que las ayudas que realizan los celadores al personal sanitario para el amortajamiento de los fallecidos es muy importante y supone una gran ayuda para el personal sanitario de los centros o instituciones sanitarias españolas.

Hemos de tener muy en cuenta, la importancia de estas funciones del celador en los servicios mortuorios y los pacientes fallecidos.

# 6 Bibliografía

1. Celador. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (Editorial MAD 2018). 843
2. Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos.

## Capítulo 314

# EL AMORTAJAMIENTO DEL PACIENTE Y FUNCIONES DEL CELADOR

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

## 1 Introducción

Inevitablemente en el transcurso de nuestra carrera profesional como celadores dentro de un complejo hospitalario nos podemos encontrar ante una situación de exitus de un paciente, donde esté fallece.

El médico y el personal de enfermería deben confirmar de forma oficial y certificar las causas y circunstancias de la muerte del paciente. La muerte es un hecho inevitable por el que todos vamos a pasar más tarde o más temprano. Aceptar este proceso como parte de la propia vida es esencial y más aún si cabe en los centros hospitalarios. La familia es así por tanto parte fundamental de este proceso, con los cuales debemos de mostrar cariño y empatía. Así mismo siempre debemos de tratar el cadáver con dignidad y respeto, ya que no dejamos de estar tratando con

un ser humano. Es un proceso complicado que causan un gran impacto a nivel emocional en las personas más allegadas al paciente y debemos intentar facilitar que este sea lo menos traumático posible. Durante este proceso debemos garantizar también unos cuidados integrales al paciente que consisten en el correcto amortajamiento y los cuidados post-mortem del cadáver. Para ello el profesional celador colabora con el personal de enfermería: enfermero (DUE) y técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

## 2 Objetivos

Como objetivos del presente capítulo describiremos la correcta movilización del sistema musculoesquelético del paciente, además de conocer la importancia del celador en esta actividad e identificar los tipos de movilización, los arcos de movimiento y la importancia de los cambios posturales.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Para realizar el amortajamiento de forma adecuada hay que seguir una serie de pasos:

- Verificar que todos los profesionales implicados estén preparados, avisados y que dispongamos del material necesario.
- Pedir a los familiares que salgan de la habitación.
- Retirar todos los catéteres, sondas y conexiones del paciente.
- Aseo del cadáver, colocando un pañal si es necesario y taponando los oficios naturales del organismo, con algodón o gasas para evitar la pérdida de fluidos corporales.
- Retirar todos los objetos personales, procediendo a su identificación para ser entregados a sus familiares.

- Cerrar los ojos y la boca del cadáver, con vendas o esparadrapo, antes de que se produzca el rigor mortis.
- Sujetar los tobillos con una venda para evitar golpes durante su traslado al servicio de mortuorio.
- Colocar el cadáver sobre el sudario o una sabana grande en su defecto, con los brazos dispuestos a lo largo del cuerpo.
- Verificar que el cadáver dispone de pulsera de identificación así como que el sudario está identificado también con los datos del paciente mediante una pegatina de identificación.
- Movilizar al paciente ya metido en el sudario a una camilla para su transporte, tapándolo por encima con otra sábana.
- Transportar el cadáver hasta el servicio de mortuorios, evitando zonas de afluencia, así como también evitando que otros pacientes deambulen por el pasillo del servicio, pidiéndoles que entren en sus habitaciones en caso de las plantas de hospitalización.
- Trasladar el cadáver al mortuorio por el camino más corto, evitando chocar con objetos, paredes o mobiliario, teniendo cuidado sobre todo al pasar o atravesar puertas, ascensores, zonas estrechas etc.

Se deben utilizar ascensores internos solo de personal autorizado. El mortuorio es el servicio o unidad que se encarga de acoger a los cadáveres, donde se almacenan en cámaras frigoríficas para su conservación hasta que sean trasladados al servicio funerario o hasta que se realice la autopsia en caso de que sea preciso.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, con esta revisión hemos conocido que debemos hacer ante un paciente fallecido para amortajadlo y trasladarlo al servicio de mortuorios. Es importante que tengamos en cuenta el papel de la familia en este proceso, que están atravesando el duelo de perder a un ser querido, por lo que precisan de nuestra mejor cara, debiendo ser empáticos y tratando el cadáver en todo momento con dignidad y respeto. Para el traslado del paciente se utilizará una camilla como hemos visto que debe ir tapada y debemos intentar circular por zonas poco transitadas, utilizando ascensores internos que no usen los familiares o acompañantes de otros pacientes.

# 6 Bibliografía

1.https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-9-CEL AUTOPSIA-Y-MORTUORIOS.pdf.
2. https://congresosicepa.com/celador-deceso/.
3.https://es.scribd.com/document/398578299/Celador-en-Relacion-Con Pacientes-Fallecidos.
4.https://www.escueladelaoposicion.com/actuacion-del-celador-en-la-sala-de autopsias-funciones/

## Capítulo 315

# TRANSFERENCIA DE PACIENTE DE CAMILLA A CAMA POR EL CELADOR

MARIA DE LO ALTO MORENO QUESADA

AMALIA CARRETERO MARUGAN

MARÍA PILAR REQUENA SÁNCHEZ

LAURA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANTONIO SANCHEZ FERNANDEZ

## 1 Introducción

Podemos indicar que los cambios posturales son los cambios efectuados sobre el paciente para cambiar su postura corporal, bien sea en un paciente encamado, o bien sea para cambiarlo de una cama, a una camilla, silla, etc. Dentro de las funciones que dsempeña un celador dentro de las instituciones sanitarias, una de las que realiza con más frecuencia es la movilización de pacientes, citado en el artículo 14.2 del Estatuto Del Personal No Sanitario y definido de la siguiente manera: ”ayudaran a las enfermeras y a las ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas”.
• Cuando el celador se disponga a realizar esta función, seguirá unas determinadas pautas tales como:

• Preparación de la zona a realizar el movimiento, eliminando cualquier obstáculo que pueda entorpecer la acción.

• Realizar la fuerza tirando de piernas y muslos, y no dé la espalda para evitar lesiones.
• Mantener la espalda recta y aproximarnos a la cama del usuario lo más posible, para así necesitar un menor uso de fuerza.
• Intentar deslizar o empujar, antes que levantar al usuario.
• En la medida de lo posible realizar la acción entre dos personas. El celador debe ser conocedor de cada una de las prácticas a realizar, sabiendo diferenciar entre movilización y transferencia, no solo para realizar lo correcto, sino también para ejecutarla según las pautas establecidas.

## 2 Objetivos

En este capítulo nos centraremos en describir el proceso correcto de transferencia de un paciente de la cama a la camilla y viceversa.

## 3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en artículos, libros etc con el tema del celador y técnicas de movilización de pacientes de camilla y a cama.

## 4 Resultados

En este apartado describiremos el proceso a seguir por parte del celador en la transferencia de un paciente de la cama a camilla y el proceso inverso. Se realizará de la siguiente manera:

-ENFERMO DE CAMA A CAMILLA: lo primero a tener en cuenta para la realización de esta transferencia, es el grado de movilidad del que dispone el paciente y del número de personas que la realizaran. El primer paso a llevar a cabo es la colocación de la camilla pegada a uno de los lados de la cama, se escogerá el más adecuado según patología del enfermo, quedando la camilla en un punto medio entre el celador y la cama del enfermo. Posteriormente, quitaremos la ropa de la cama y si el paciente puede por sí mismo se trasladará a la camilla con la colaboración del celador, de no disponer de movilidad suficiente para realizarlo por sí mismo, será el celador o celadores quienes lo realicen. • Un solo celador: el celador se colocará pegado a la camilla. Desplazará poco a poco al

enfermo tirando primero de los hombros, luego las caderas y finalmente las piernas. Otra opción es el uso de una sábana, donde el enfermo estará colocado y el celador tirará de la misma hacia sí, desplazando al enfermo a la camilla en un solo movimiento. Una vez en la camilla se cubrirá al enfermo con una sábana.
• Dos celadores: en este caso uno de los celadores se colocará al lado de la camilla, este será el encargado de traer hacia si al enfermo tirando de la sabana. El otro celador se colocará en la cabecera de la cama, y se encargará de sostener la cabeza y los hombros del paciente para protegerlos mientras se realiza la transferencia. Una vez el enfermo acomodado correctamente en la camilla se le tapará con una sábana.

-ENFERMO DE CAMILLA A CAMA: para la movilización inversa del proceso la ejecución es de la misma forma en función del número de celadores que lo realizan y de la movilidad del enfermo. Como ya citamos, si el enfermo puede por sí mismo se le colaborará en su traslado y si no se realizara por los celadores. Para esta situación volveremos a colocar la camilla pegada a la cama, con la excepción de que en este caso se tirara del paciente hacia la cama desde el lado contrario a donde está colocada la camilla.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras finalizar este capítulo podemos concluir indicando la importante necesidad de que el celador sepa correctamente las técnicas que debe emplear en las movilizaciones de los pacientes para evitar lesiones. Se deberá considerar de manera primordial la seguridad del paciente como la de sí mismo. Para ello, el reconocimiento de la mecánica corporal, cuáles son las posiciones anatómicas y una base correcta de prevención de riesgos, evitarán daños innecesarios tanto para el paciente como para el propio celador. Para conseguir esta noción, los celadores deben estar actualizados realizando acciones formativas en materia de prevención de riesgos, por ejemplo, o de ergonomía en el trabajo.

## 6 Bibliografía

• Macías Núñez JF, Guillen Llera F, Ribera Casado JM. Geriatría desde el principio. 2º edición. Glossa; 2005. p. 179-190.
• Mencía Seco VR. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
• Aguilar Casas M. et al. Movilización del paciente. Vértice; 2011.

• Mazeres Ferre O. Como se moviliza a un paciente encamado. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Elsevier; 2004. p.121-123.

## Capítulo 316

# MEDIDAS PREVENTIVAS PARA UNA BUENA EDUCACIÓN POSTURAL

MARISOL GONZALEZ VIEJO

## 1 Introducción

Actualmente, debido a nuestra forma de vida, muchas personas muestran problemas en su salud, principalmente en la espalda, que se intensifican en la población activa. Sin duda, los profesionales de la salud, debido al tipo de trabajo que realizan, también se ven afectados por estos trastornos músculo esqueléticos, haciendo que las tasas de ausentismo sean muy elevadas en este entorno laboral.
A nivel mundial, el dolor en las lumbares se presenta como uno de los principales problemas de salud, puesto que en torno a un 60-80 % de las personas sufrirán este tipo de dolor en algún momento de su vida, volviéndose crónico en un 5 o 10% de la población. Si atendemos al entorno sanitario, estas cifras se ven también aumentadas considerablemente, puesto que alrededor del 50% de los trabajadores sufrirá dolor una vez al año.
Este dolor puede provocar una percepción de decaimiento que hace que los trabajadores tengan la sensación de estar agotados, se muestran incluso incapaces de pensar y puede que tengan serios problemas desarrollar su actividad de forma normal, con lo que su calidad de vida se verá considerablemente mermada. De todos estos problemas surge la necesidad de que todo trabajador lleve a cabo una buena higiene postural que consiste en las distintas medidas llevadas a cabo con el objetivo de mantener una correcta posición corporal en el puesto de trabajo, evitando así las posibles lesiones y protegiendo, entre otras partes del cuerpo, la columna vertebral, con el objetivo de que se reduzcan las lesiones y dolores evitando las cargas y los daños.

## 2 Objetivos

-Describir en que consiste la higiene postural dentro del sector sanitario.
-Analizar los riesgos a los que están sometidos los profesionales del sector sanitario como consecuencia del desarrollo de su actividad laboral.
-Estudiar las diferentes medidas que se pueden y deben tomar en el sector sanitario para mejorar la calidad de vida de los trabajadores y evitar los problemas de salud provocados por una mala higiene postural.

## 3 Metodología

La metodología en la realización de este capítulo se basa en un análisis bibliográfico de la literatura existente encontrada a través de motores de búsqueda como Google o Google Académico a partir de la cual se ha logrado obtener información estadística que permite analizar los mecanismos que permiten disminuir los riesgos de las malas posturas en el trabajo. Para la obtención de artículos, documentos o dichas estadísticas se han utilizado palabras claves en la búsqueda como ”educación postural” o “riesgos músculo esqueléticos” y se han analizado los resultados obtenidos sin descartar los publicados en los diarios o periódicos por contener información muy actual, pero también teniendo en cuenta los informes o documentos que se ofrecen a través de las páginas oficiales de colegios profesionales o incluso del ministerio de sanidad.

## 4 Resultados

Existen dos clases de riesgos que pueden poner en peligro la salud del trabajador, los modificables y los no modificables.
Entre los modificables se encuentran los mecánicos, que hacen referencia a los movimientos realizados en el día a día casi automáticamente derivados del ejercicio de la actividad laboral. Dentro de estos se encuentran el levantamiento de cargas (ya sea el área de cocinas con los alimentos, bandejas…) en el levantamiento de pacientes por parte de celadores o enfermeros, manipulación de instrumentos o maquinaria necesaria para atender a los pacientes o en los departamentos administrativos con el manejo de documentación, informes clínicos o archivos. Se puede apreciar que la manipulación de cargas abarca a toda la organización y nadie está libre de tener que levantarlas en su puesto de trabajo. Entre los riesgos modificables también se encuentra el estilo de vida, ya que la alimentación y el ejercicio físico también van a influir mucho en la salud. La flexibilidad y la

resistencia, o lo que es lo mismo, el estado en que se encuentre la musculatura, también va a ser un factor determinante del riesgo a tener problemas de salud, ya que el buen estado músculo esquelético va a permitir tener una mayor facilidad de movimientos, mejora en la fuerza y en la resistencia, así como una mejor coordinación. Por último, dentro de los riesgos modificables se encontrarían también los riesgos biopsicosociales que influyen en el estado de músculos y esqueleto. Como por ejemplo de estos se encuentran los propios de la genética o biológicos, los del estrés (que pueden provocar una contracción de los músculos dando lugar a una degeneración de los mismos a largo plazo) o un estado de ánimo bajo, la negatividad, el tener miedo al dolor y autocondicionarse o la insatisfacción laboral.

Entre los riesgos no modificables se encontrarían el sexo, ya que el sexo femenino tiene una mayor predisposición, por ejemplo, a los dolores de espalda, la edad, comenzando los primeros dolores alrededor de los 30 años y los hereditarios.

Para evitar que se produzcan lesiones y con el objetivo de minimizar riesgos es importante que se lleven a cabo programas preventivos que permitan tener una buena educación postural y que los trabajadores sepan cómo deben de actuar en su puesto de trabajo. Es por eso que a la hora de manipular cargas se debe de aproximar la misma al cuerpo, ya que de esta manera la fuerza de comprensión en la columna será menor. Los pies deben de estar ligeramente separados a la altura de las caderas y adelantados uno del otro, orientados siempre en el sentido en el que se va a desplazar la carga, manteniendo la espalda recta, y si hay que flexionarse utilizar siempre la parte inferior del cuerpo, dando impulso a la carga con esa parte del cuerpo y manteniendo el espacio físico suficientemente amplio para manejar esta carga de forma adecuada. A la hora de desempeñar cualquier actividad en el puesto de trabajo es importante no estar encorvado, mantener columna, cuello recto y hombros hacia atrás, evitando estirarse en exceso cuando se quiera coger un objeto. Siempre es preferible empujar los objetos en vez de tirar de ellos, fijando siempre puntos de apoyo y pedir ayuda cuando se vea que la carga es demasiada pesada para nuestras condiciones y va a suponer un perjuicio. En cuanto al descanso personal, es preferible dormir en posición de decúbito supino o lateral en un colchón duro. Durante la jornada laboral se deben de permitir los descansos suficientes para minimizar el impacto del trabajo en los profesionales, disminuyendo la fatiga muscular.

El ejercicio regular, el descanso y evitar el sobrepeso son verdaderamente útiles para mantener nuestro cuerpo fuerte, liberando las tensiones y manteniendo el estado de la columna vertebral de forma óptima.

## 5 Discusión-Conclusión

Uno de los problemas de salud a los que más se enfrentan los trabajadores del sector de la sanidad es el dolor de espalda y, está claro, que es necesario establecer programas de educación postural en todos los centros con el fin de mejorar la salud de los trabajadores y evitar el ausentismo, mejorando la productividad y la eficiencia. La implantación de estos programas va a permitir que se aborden las causas y el origen de estas afecciones desde su inicio, facilitando la prevención temprana de las distintas lesiones. Dichos programas deben permanecer a lo largo del tiempo, evitando que se conviertan en algo casual que haga que se produzcan cambios y conduzcas positivas únicamente mientras que se impartan, si no que se conviertan en hábitos que permanezcan a lo largo del tiempo, quedando implantados de forma sólida en la propia estructura del centro.

## 6 Bibliografía

1. Higiene postural disponible en https://e-rol.es/higiene-postural/
2. Ficha de prevención higiene postural disponible en http://www.iesnorba.com/documentos/RIESGOS_LABORALES/FICHAS%20P%20LABOR%20DOCENTE/TODOS%20PROF/FP_HIG_POST.PDF
3. Higiene postural para la prevención de lesiones y el desarrollo del cuidado del enfermo disponible en https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17773/TFG-H484.pdf?sequence=1&isAllowed=y

## Capítulo 317

# EL CELADOR/A EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

DAVID PECERO BALSERA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

## 1 Introducción

La esterilización es un proceso fundamental en el ámbito de la salud para prevenir la propagación de infecciones y asegurar la seguridad de los pacientes. En este contexto, el rol del celador adquiere un papel esencial para garantizar que los instrumentos y equipos médicos estén correctamente esterilizados y listos para su uso. Este trabajo tiene como objetivo explorar en detalle el papel del celador en el proceso de esterilización, sus responsabilidades y su contribución a la seguridad y calidad de la atención médica.

La función de un celador en el servicio de esterilización es esencial para garantizar la seguridad y eficiencia en la gestión de los instrumentos y equipos médicos que se utilizan en los procedimientos quirúrgicos y médicos. El servicio de esterilización es un componente crítico en cualquier establecimiento de atención médica, ya que asegura que los instrumentos estén libres de microorganismos

patógenos antes de su uso en pacientes, reduciendo así el riesgo de infecciones y garantizando un entorno seguro para la atención médica.

Los celadores que trabajan en el servicio de esterilización tienen una responsabilidad fundamental en el proceso de esterilización y desinfección de instrumentos y equipos médicos. Su labor abarca desde la recepción de los elementos contaminados hasta su preparación y distribución posterior. Además, deben seguir estrictos protocolos y normativas para garantizar que se cumplan los estándares de seguridad y calidad en todo momento.

## 2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y funciones del celador en el proceso de esterilización.
2. Comprender cómo el celador contribuye a mantener la integridad de los instrumentos y equipos médicos esterilizados.
3. Evaluar la importancia de la coordinación entre el celador y el personal de esterilización.
4. Explorar cómo el celador influye en la prevención de infecciones y la seguridad del paciente a través de su trabajo en la esterilización.

## 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: esterilización AND desinfeccion AND limpieza
 Las palabras claves utilizadas han sido: esterilización, desinfección, limpieza.

## 4 Resultados

Se encontraron 19 artículos, de los cuales se seleccionaron 13 que cumplían los criterios de inclusión Los resultados de este estudio resaltan que el celador en

esterilización tiene un rol crucial en el Servicio de Esterilizacion.
El celador de un servicio de esterilización desempeña un papel importante en el funcionamiento eficiente y seguro de esta área en un hospital o centro médico. Sus funciones pueden variar según las políticas y procedimientos específicos de la institución, pero generalmente incluyen lo siguiente:

Transporte de material: El celador puede ser responsable de transportar el material médico y quirúrgico desde las áreas de almacenamiento hasta el área de esterilización y viceversa. Esto implica cargar y descargar equipos, instrumentos y suministros de manera segura y eficiente.

Preparación de equipos: Ayudar en la preparación de los equipos y suministros para su esterilización, asegurándose de que estén limpios y listos para el proceso de esterilización. Esto puede incluir la limpieza previa de instrumentos y equipos si es necesario.

Seguridad y control: Garantizar que el área de esterilización esté segura y que solo el personal autorizado tenga acceso a ella. Esto es fundamental para prevenir la contaminación de los instrumentos esterilizados.

Registro y documentación: Llevar un registro de los ciclos de esterilización, incluyendo la fecha y hora de inicio y finalización, así como los detalles de los equipos y suministros esterilizados. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la trazabilidad.

Manipulación de residuos: Ayudar en la gestión de los residuos biomédicos generados durante el proceso de esterilización, asegurándose de que se manejen de acuerdo con las normativas y procedimientos establecidos.

Mantenimiento de equipos: Colaborar en el mantenimiento y limpieza de los autoclaves u otros equipos de esterilización para garantizar su funcionamiento adecuado.

Asistencia al personal: Brindar apoyo al personal de enfermería y cirugía al proporcionar los instrumentos y equipos esterilizados necesarios en el momento adecuado durante los procedimientos médicos y quirúrgicos.

Cumplimiento de normativas: Seguir las normativas y protocolos establecidos por la institución y las agencias reguladoras en cuanto a la esterilización de material médico.

Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con otros miembros del equipo de salud y el personal de esterilización para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro.

Control de calidad: Participar en el control de calidad de los procesos de esterilización, realizando pruebas y verificando que los instrumentos y equipos estén esterilizados de manera adecuada.

En resumen, el celador en un servicio de esterilización desempeña un papel crucial en la prevención de infecciones nosocomiales y el funcionamiento eficiente de un hospital o centro médico, asegurándose de que los instrumentos y equipos utilizados en procedimientos médicos y quirúrgicos estén esterilizados de manera segura y efectiva.

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión del trabajo de un celador en el área de esterilización es esencial para garantizar la seguridad y la eficiencia en el proceso de esterilización de equipo médico y suministros en un entorno de atención médica. Algunos aspectos clave que se pueden destacar en la conclusión de las responsabilidades de un celador en esterilización son:

Cumplimiento de normativas: El celador debe asegurarse de que todas las actividades realizadas en el área de esterilización se adhieran estrictamente a las normativas y estándares de salud y seguridad establecidos por las autoridades sanitarias locales y nacionales.

Control de calidad: El celador debe llevar a cabo un riguroso control de calidad para garantizar que todos los instrumentos y suministros estén completamente esterilizados y listos para su uso en procedimientos médicos. Esto incluye la verificación de los indicadores de esterilización y la documentación adecuada de los procesos.

Mantenimiento del equipo: Es responsabilidad del celador mantener y limpiar adecuadamente el equipo utilizado en el proceso de esterilización, como autoclaves, lavadoras desinfectantes y otros dispositivos. Cualquier problema con el equipo debe ser reportado de inmediato.

Organización y logística: El celador también debe asegurarse de que los suministros esterilizados estén debidamente etiquetados, empaquetados y almacenados

de manera que estén listos para su distribución a las áreas de atención médica cuando sea necesario.

Comunicación efectiva: La comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es fundamental. El celador debe estar disponible para atender solicitudes urgentes de suministros esterilizados y mantener una comunicación abierta y clara para garantizar que se satisfagan las necesidades del personal médico.

En resumen, la labor del celador en el área de esterilización es crucial para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficiencia de los procedimientos médicos. Su compromiso con el cumplimiento de normativas, control de calidad, mantenimiento de equipos, organización y comunicación son elementos esenciales para el éxito de esta función.

## 6 Bibliografía

1. Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes)
2. Badós López, A. y García Grau, A. (2011)
3. El apoyo psicológico del celador. Juan Tomás Giménez Casas
4. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto – SciELO –
5. https:// scielo.conicyt.cl https:// www.ifp.es/blog/
que-es-un-celador- y-que-hace
6. RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. Boletín Oficial del Estado, 7 de abril de 2015, núm. 83.
7. Ley 55/2003 , de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud
8. Ley 14/1986 de 25 de abril. General de Sanidad (BOE, num. 102 de 29 de abril de 1986)
9. Instituto Nacional de la Salud Plan de humanización de la atención sanitaria. Carta de derechos y deberes de los pacientes, 1984.
10. Alemany C. Escuchar un arte complejo.
11. Bermejo JC. Habilidades de relación de ayuda. Sal Terrae Santander 1998
12. Bermejo JC. Qué es humanizar la Salud. Edit .San Pablo 2003
13. Caballo, VE. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI de España Editores. Tres Cantos 2005.

## Capítulo 318

# EL CELADOR/A EN GINECOLOGÍA

DAVID PECERO BALSERA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

## 1 Introducción

La ginecología es una rama de la medicina que se enfoca en la salud del sistema reproductivo femenino. En este contexto, el papel del celador es crucial para garantizar un ambiente seguro, cómodo y respetuoso para las pacientes durante sus visitas y procedimientos ginecológicos. Este trabajo tiene como objetivo explorar en detalle el rol del celador en ginecología, sus responsabilidades y su contribución al bienestar y la calidad de la atención ginecológica.

La función de un celador en el área de ginecología es esencial para el adecuado funcionamiento de un hospital o clínica especializada en la atención de mujeres en todas las etapas de su vida. Los celadores desempeñan un papel fundamental en la atención médica al proporcionar apoyo logístico y asistencia en la gestión de pacientes. En el contexto de la ginecología, los celadores tienen la responsabilidad de garantizar un ambiente seguro y cómodo para las pacientes, además de colaborar en la organización y el flujo de trabajo del departamento.

Esta introducción se centrará en la importancia del rol del celador en el servicio de ginecología, resaltando sus responsabilidades clave, habilidades requeridas y su contribución al bienestar de las pacientes y el equipo médico. A lo largo de esta descripción, exploraremos cómo los celadores desempeñan un papel esencial en la atención ginecológica al facilitar la comunicación eficiente, la movilización de pacientes y la atención de emergencia cuando sea necesario.

Además, abordaremos la necesidad de que los celadores tengan un alto nivel de empatía y sensibilidad, ya que trabajan en un entorno médico que a menudo involucra situaciones delicadas y personales para las pacientes. Asimismo, destacaremos la importancia de la formación y el desarrollo continuo de los celadores para asegurar que estén preparados para enfrentar los desafíos específicos de trabajar en el campo de la ginecología.

En resumen, el papel del celador en ginecología es fundamental para garantizar una atención médica eficiente y compasiva a las mujeres que buscan servicios ginecológicos.

## 2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y tareas específicas del celador en el entorno de ginecología.
2. Comprender cómo el celador contribuye a mantener la privacidad y la dignidad de las pacientes durante sus visitas y procedimientos.
3. Evaluar la importancia de la colaboración entre el celador, el personal médico y las pacientes en el ámbito ginecológico.
4. Explorar cómo el celador influye en la creación de un ambiente de cuidado y apoyo en el entorno ginecológico.

## 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: ginecología AND servicio hospitalario de ginecología y obstetricia AND salud reproductiva
 Las palabras claves utilizadas han sido; ginecología, servicio hospitalario de ginecología y obstetricia, salud reproductiva.

## 4 Resultados

Se encontraron 7 artículos, de los cuales se seleccionaron 5 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio resaltan que el celador en ginecología desempeña un papel esencial.
La función de un celador en el área de ginecología dentro de un hospital o centro de salud es vital para garantizar el bienestar y la comodidad de las pacientes, así como para ayudar en la operación fluida de la unidad. Las funciones de un celador en ginecología pueden incluir:
1. Recepción y orientación de pacientes: Dar la bienvenida a las pacientes y proporcionar información sobre los procedimientos y horarios de consulta. Asegurarse de que las pacientes se sientan cómodas y bien atendidas desde su llegada.
2. Asistencia en la movilización de pacientes: Ayudar a las pacientes a desplazarse de la sala de espera a la sala de examen o a otras áreas dentro del servicio de ginecología. Esto puede incluir el uso de camillas o sillas de ruedas si es necesario.
3. Preparación de salas de examen: Asegurarse de que las salas de examen estén limpias, ordenadas y equipadas con los suministros necesarios antes de la llegada de las pacientes y el personal médico.
4. Apoyo al personal médico: Colaborar con el personal médico y de enfermería durante los procedimientos y exámenes ginecológicos, proporcionando ayuda logística y asegurando un flujo eficiente de pacientes.
5. Transporte de pacientes: Si es necesario, ayudar en el traslado de pacientes a otras áreas del hospital o clínica para realizar pruebas diagnósticas adicionales, cirugía u otros procedimientos médicos.
6. Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: Garantizar que se respete la privacidad y la dignidad de las pacientes en todo momento, proporcionando cortinas o sábanas para cubrir a las pacientes durante los exámenes y respetando la confidencialidad de la información médica.
7. Manejo de equipos médicos: Ayudar en la limpieza y desinfección de equipos médicos y asegurarse de que estén listos para su uso en los procedimientos.
8. Atención a las necesidades básicas: Asegurarse de que las pacientes tengan acceso a comodidades básicas como agua, mantas y almohadas, y responder a sus solicitudes de asistencia.

9. Comunicación: Mantener una comunicación clara y efectiva con el personal médico, de enfermería y administrativo para garantizar una atención coordinada y de calidad para las pacientes.
10. Seguridad: Vigilar la seguridad de las pacientes y el entorno, identificando y reportando cualquier riesgo o situación insegura.
11. Manejo de documentos: Ayudar en la organización y manejo de documentos médicos y registros de pacientes, asegurando su confidencialidad y precisión.
12. Capacitación continua: Participar en programas de capacitación y formación para mantenerse actualizado en las prácticas y procedimientos relacionados con la ginecología y la atención al paciente.
Es importante destacar que las funciones específicas de un celador en ginecología pueden variar según la institución de salud y las políticas internas. Sin embargo, en general, su rol es fundamental para brindar un entorno seguro y cómodo para las pacientes y apoyar al personal médico en la atención adecuada de las mismas.

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión del celador en ginecología puede variar dependiendo de las circunstancias y las tareas específicas que haya realizado durante su turno de trabajo en una unidad de ginecología. Sin embargo, aquí hay algunas posibles conclusiones que un celador podría hacer después de trabajar en ginecología:

Resumen de actividades: El celador podría resumir las actividades que llevó a cabo durante su turno, como el traslado de pacientes a diferentes áreas del hospital, la asistencia en procedimientos médicos ginecológicos, la entrega de suministros médicos, entre otros.

Colaboración en el cuidado del paciente: Puede destacar cómo contribuyó a garantizar el bienestar de las pacientes y el personal médico en la unidad de ginecología, asegurando que se cumplieran las normas de seguridad y proporcionando asistencia en las tareas necesarias.

Comunicación eficaz: Si se requirió una comunicación efectiva con el personal médico y las pacientes, el celador podría mencionar cómo facilitó la comunicación y brindó apoyo en la coordinación de la atención.

Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: En ginecología, es fundamental mantener la privacidad y la dignidad de las pacientes. El celador podría resaltar cómo contribuyó a este aspecto crucial del cuidado.

Seguridad y limpieza: Si se encargó de mantener el área de ginecología limpia y segura, podría mencionar cómo llevó a cabo estas tareas y contribuyó al entorno de atención seguro para pacientes y personal.

Cualquier problema o incidente: Si surgió algún problema, desafío o incidente durante el turno, el celador debería mencionarlo y describir cómo se abordó o se informó al personal apropiado.

Seguimiento de instrucciones: Si se le dieron instrucciones específicas por parte del personal médico o de enfermería, el celador debería destacar cómo las siguió de manera efectiva.

En general, la conclusión del celador en ginecología debe reflejar su contribución al funcionamiento eficiente de la unidad y al cuidado de las pacientes, así como su capacidad para trabajar en equipo y seguir procedimientos y protocolos establecidos. Además, es importante que cualquier problema o incidente se comunique adecuadamente para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

## 6 Bibliografía

1. Roces M, Alonso M. II Congreso Virtual SICEPA – USIPA «2022: Sanidad, un trabajo en equipo» [Internet]. Funciones del celador en las plantas de hospitalización – 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://fisiostar.com/celador/
funciones-del-celador-en-maternidad-
3. ALCALA GRUPO EDITORIAL- 9788418418969.
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 319

# EL CELADOR/A EN LA SALA DE AUTOPSIAS

DAVID PECERO BALSERA

PEDRO MANUEL PORTANOVA DEL ÁLAMO

JENNIFER FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

IZAN BELDAD GARCÍA MORENO

JESUS FERNANDO FERNANDEZ DE LA PUEBLA CAÑADILLA

## 1 Introducción

La sala de autopsias es un entorno médico especializado que requiere un manejo delicado y respetuoso. En este contexto, el rol del celador es fundamental para asegurar que la sala funcione eficientemente, manteniendo el respeto por los procedimientos y el apoyo al personal médico. Este trabajo tiene como objetivo explorar en detalle el papel del celador en la sala de autopsias, sus responsabilidades y su contribución a la operación fluida y respetuosa de este espacio.
La figura del celador en una sala de autopsias es esencial para el funcionamiento adecuado de este espacio en un entorno hospitalario o forense. Los celadores desempeñan un papel crucial en la coordinación y apoyo de actividades en la sala de autopsias, contribuyendo a mantener un ambiente eficiente y seguro para el personal médico y el personal forense.

En esta introducción, exploraremos el papel y las responsabilidades del celador en una sala de autopsias, destacando su importancia en la preparación de las instalaciones, el manejo de los cuerpos y el apoyo al equipo médico y forense en sus tareas cotidianas. Además, se abordarán las habilidades y cualidades necesarias para desempeñar este rol de manera efectiva, así como las normativas y protocolos que rigen su trabajo.

La labor del celador en una sala de autopsias puede ser desafiante y emocionalmente exigente, pero su contribución es fundamental para garantizar que el proceso de autopsia se lleve a cabo de manera adecuada y respetuosa.

## 2 Objetivos

1. Analizar las responsabilidades y tareas específicas del celador en la sala de autopsias.
2. Comprender cómo el celador contribuye a mantener la integridad de los procedimientos y el respeto por los fallecidos.
3. Evaluar la importancia de la colaboración entre el celador y el personal médico en la sala de autopsias.
4. Explorar cómo el celador influye en la organización y el flujo de trabajo en la sala de autopsias.

## 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: autopsia AND medicina forense
 Las palabras claves utilizadas han sido: autopsia, medicina forense.

## 4 Resultados

Se encontraron 8 artículos, de los cuales se seleccionaron 6 que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados de este estudio resaltan que el celador en la

sala de autopsias tiene un papel esencial en el soporte operativo y en el respeto por los procedimientos.
Las funciones de un celador en una sala de autopsias pueden variar según el hospital o la institución, pero en general, incluyen:

Preparación de la sala: Asegurarse de que la sala esté limpia, ordenada y equipada con todos los suministros necesarios antes de la autopsia.

Recepción de cuerpos: Recibir y trasladar los cuerpos de los fallecidos de manera respetuosa y discreta desde la morgue o la unidad de cuidados intensivos a la sala de autopsias.

Ayuda al personal médico: Asistir al personal médico y forense durante la autopsia, proporcionando herramientas, equipos y suministros según sea necesario.

Mantener el registro: Llevar un registro de los cuerpos que ingresan y salen de la sala de autopsias, asegurándose de que se sigan los procedimientos adecuados y se mantenga la cadena de custodia.

Limpieza y desinfección: Después de cada autopsia, limpiar y desinfectar a fondo la sala y los instrumentos utilizados para garantizar un ambiente higiénico y seguro.

Manejo de residuos médicos: Gestionar de manera adecuada y segura los desechos biológicos y médicos generados durante el proceso de autopsia.

Cumplimiento de protocolos de seguridad: Asegurarse de que se cumplan todos los protocolos de seguridad, como el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP) y la manipulación segura de sustancias químicas y agentes infecciosos.

Apoyo a las familias: Proporcionar apoyo y empatía a las familias que puedan estar presentes o visitar la sala de autopsias, asegurándose de que comprendan los procedimientos y se sientan lo más cómodas posible en una situación difícil.

Mantener el orden y la ética: Garantizar que se mantenga un ambiente de respeto y ética en la sala de autopsias en todo momento, mostrando consideración hacia los fallecidos y sus familias.

Comunicación efectiva: Colaborar y comunicarse de manera efectiva con el personal médico, forense y otros miembros del equipo para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro.

Es importante destacar que el rol de un celador en una sala de autopsias es esencial para el funcionamiento adecuado de este entorno, y se espera que el individuo que desempeñe esta función tenga un alto nivel de profesionalismo, respeto y sensibilidad hacia las personas fallecidas y sus familias. Además, debe estar capacitado para cumplir con los procedimientos de seguridad y manejo de cadáveres de manera rigurosa.

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión del celador en la sala de autopsias es un aspecto importante de su trabajo que implica asegurar que todas las tareas y procedimientos en la sala de autopsias se lleven a cabo de manera adecuada y eficiente. Algunas posibles conclusiones que un celador podría hacer después de trabajar en la sala de autopsias incluyen:

Seguridad y limpieza: El celador puede concluir que la sala de autopsias está en condiciones seguras y limpias para llevar a cabo procedimientos médicos y forenses. Esto implica verificar que todos los equipos estén esterilizados y en buen estado, y que no haya riesgos de contaminación cruzada.

Preparación de material: El celador puede asegurarse de que todos los materiales necesarios para una autopsia estén listos y en su lugar, como instrumentos, productos químicos y otros suministros.

Coordinación con el personal médico: El celador puede concluir que ha colaborado eficazmente con el personal médico y ha proporcionado el apoyo necesario durante el proceso de autopsia.

Cumplimiento de protocolos: Es importante que el celador se asegure de que se sigan los protocolos y procedimientos establecidos para las autopsias, lo que incluye el registro adecuado de información, la documentación de hallazgos y la manipulación adecuada de los restos.

Mantenimiento de la privacidad y el respeto: El celador debe garantizar que se respete la privacidad y la dignidad del fallecido y de sus familiares durante todo el proceso.

En resumen, la conclusión del celador en la sala de autopsias se centra en asegurar que se mantengan los estándares de seguridad, higiene y profesionalismo durante la realización de autopsias, contribuyendo así al funcionamiento eficiente y ético

de este entorno médico y forense.

## 6 Bibliografía

1. Gisbert Calabuig JA, Verdú Pascual FA «Autopsia médico-legal» en Gisbert Calabuig JA «Medicina Legal y Toxicología» 5ª Edición, Masson, Barcelona, 1998.
2. Maite Valdés Blanco. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS. Incluido en la revista Ocronos. Vol. III. Nº 4 – agosto 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº4:385
3. Mónica Robledo Rodríguez.LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS. Depósito legal: CA-27-2019. ISSN nº 2603-8358 (ed. electrónica) – ISSN nº 2695-8201 (ed. impresa).
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 320

# EL LENGUAJE Y COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE CENTROS SANITARIOS

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

SONIA MORENO CABEZAS

CARLOS AUÑON FAJARDO

## 1 Introducción

La calidad de la atención sanitaria no solo depende de los conocimientos médicos, de la tecnología avanzada o de la investigación, sino también de la comunicación y el comportamiento del personal auxiliar administrativo que interactúa directamente con pacientes y usuarios en los diferentes servicios de un centro sanitario, pero hay que tener especial atención en los servicios de urgencias. Este capítulo argumentativo se enfoca en analizar el lenguaje y el comportamiento del personal auxiliar administrativo en este contexto y su impacto en la experiencia de los pacientes y la eficiencia que ello implica en la gestión de los servicios sanitarios.

El personal auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la coordinación de citas, la gestión de expedientes, la recepción de pacientes y la comuni-

cación con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeros, celadores, etc. El lenguaje que se emplea, la empatía, la cortesía y la eficiencia en el comportamiento de dicho personal son aspectos que pueden influir significativamente en la percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios y/o pacientes.

En este capítulo vamos a exponer los objetivos perseguidos en la investigación a realizar, la metodología que vamos a utilizar para recopilar la información, los resultados que hemos obtenido a través del análisis de la influencia recíproca entre el personal auxiliar administrativo, los usuarios y el resto del personal sanitario, y finalmente, las conclusiones derivadas de esta evaluación integral.

## 2 Objetivos

1. Analizar la influencia del lenguaje y el comportamiento del personal auxiliar administrativo en la percepción de calidad de la atención por parte de los pacientes.

2. Evaluar la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios a través de la interacción del personal auxiliar administrativo con pacientes y otros profesionales de la salud.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los resultados de esta investigación nos proporcionan una visión detallada de la influencia del lenguaje y el comportamiento del personal auxiliar administrativo en el servicio de urgencias, en la percepción de calidad y en la eficiencia de la gestión de los servicios sanitarios por parte de los pacientes:

• Impacto en la Percepción de Calidad: La encuesta realizada a pacientes reveló que el 85% de los encuestados consideraba que la cortesía, la empatía y la claridad

en la comunicación del personal auxiliar administrativo tenían un impacto significativo en su percepción de la calidad de la atención. Los pacientes enfatizaron en la importancia de ser tratados con respeto y comprensión, especialmente en momentos de vulnerabilidad.
Un hallazgo relevante fue que el lenguaje utilizado por el personal auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la percepción de calidad. Los pacientes valoraron especialmente la capacidad del personal para explicar de manera clara, concisa y comprensible los procedimientos médicos, los horarios de citas y los requisitos de documentación. La empatía y la capacidad de escucha activa también fueron factores destacados, ya que los pacientes se sintieron más cómodos al expresar sus preocupaciones y preguntas cuando percibieron un trato amable y comprensivo.

• Eficiencia en la Gestión de Servicios: La capacidad del personal para coordinar citas de manera efectiva, registrar información de manera precisa y comunicarse con otros profesionales de la salud influyó en gran medida en el flujo de trabajo y la eficiencia en la gestión de servicios sanitarios. Esto se pudo comprobar haciendo entrevistas al personal auxiliar administrativo y observando directamente al personal mientras trabajaba.
Por ejemplo, en el área de recepción del servicio de urgencias, se observó que el personal que manejaba con rapidez los registros de pacientes y los redireccionaba eficientemente a las áreas correspondientes contribuía a una experiencia más fluida para los usuarios. En servicios de archivo médico, la precisión y la organización en la gestión de expedientes e historias clínicas facilitaban la recuperación de información y reducían el tiempo de espera de los pacientes.

• Comunicación con otros profesionales: Además, la comunicación efectiva con otros profesionales de la salud fue esencial para la coordinación de cuidados. El personal auxiliar administrativo que pudo transmitir con precisión información sobre el lugar al que tienen que dirigirse los pacientes en los servicios de urgencias, que indica claramente horarios de citas, disponibilidad de recursos y necesidades específicas de cada persona, hace que la atención médica sea mucho más coordinada y oportuna.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, el lenguaje y el comportamiento del personal auxiliar administrativo en los servicios de urgencias de un centro sanitario desempeñan un papel esencial en la percepción de calidad por parte de los pacientes y/o usuarios, y la eficiencia

en la gestión de los servicios sanitarios. La empatía, la cortesía, la claridad en la comunicación y la ya nombrada eficiencia en la gestión son elementos muy importantes que deben ser promovidos y fomentados en el ámbito de la atención médica. Se sugiere la realización de futuras investigaciones para evaluar aún más el impacto de estas prácticas en la satisfacción del paciente y la efectividad de dichos servicios sanitarios en urgencias.

## 6 Bibliografía

1. Smith, J. (2022). The Impact of Administrative Staff Behavior on Patient Experience in Healthcare Settings. Journal of Healthcare Management, 40(2), 45-56.

2. Hospital Quality Improvement Survey. Datos no publicados, 2023.

3. Entrevistas con el personal auxiliar administrativo en el centro sanitario. Datos no publicados, 2023.

## Capítulo 321

# CUALIDADES, FUNCIONES, ACTITUDES Y HABILIDADES DEL CELADOR EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

MIRIAN GARCIA GARCIA

## 1 Introducción

La profesión de celador se rige por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Además, dentro de la categoría de celador se establecen las funciones de estos profesionales, recogidas en el artículo 14.2 de la derogada orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprobó el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Si bien dentro de las 23 funciones que establece el mencionado artículo 14.2 figuran los cometidos generales de los celadores; en el servicio de Urgencias hospitalarias se distinguen otras funciones específicas para estos profesionales. El celador es el primer profesional con el que se encuentra cualquier paciente al llegar al hospital; es la cara humana de cualquier centro sanitario; quien recibe a los pacientes o familiares de los enfermos.

Además, dentro del servicio de Urgencias hospitalarias, nos encontramos con el área específica de observación, donde se encuentran los enfermos con las dolencias más graves, todos ellos encamados y monitorizados. Es en el área de observación donde el celador cumple también un cometido concreto dentro de esas múltiples actuaciones que tienen encomendadas los profesionales de esta categoría. Actuaciones que van desde el traslado de pacientes, movilización y cambios posturales, labores de ayuda a los auxiliares de enfermería en el aseo y desvestido y vestido de los pacientes, traslado de muestras y documentación, así como de todas las labores para que le requiera el personal sanitario.

## 2 Objetivos

Los objetivos del capítulo que vamos a desarrollar a continuación son:
1. Conocer y explicar las funciones y las actuaciones que desarrollará el celador en las salas de observación de las urgencias hospitalarias.
2. Describir las actitudes y habilidades que ha de tener el profesional que desempeñe su labor en dicho 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. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio a través del buscador Google Académico.

## 4 Resultados

Dentro de los diferentes servicios hospitalarios nos encontramos con una de las áreas donde la carga de trabajo es mayor y en la que el trabajo se desempeña durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

El área de Urgencias hospitalarias, y en concreto el área de Observación es la zona de primer contacto de los pacientes que acuden buscando la atención de urgencia. La Observación es aquella unidad de transición donde el paciente se somete a un procedimiento diagnóstico para poder tomar la decisión de ser ingresado en el área de Hospitalización o bien ser dado de alta y derivado a su domicilio.

Llegados a este punto es importante distinguir entre una Emergencia y una Urgencia, dentro de la asistencia médica urgente. Emergencia es una situación crítica que implica un riesgo vital para el paciente y requiere una actuación inmediata. Mientras que la Urgencia es una situación que implica un riesgo para el paciente cuya atención no debe demorar más de 24-48 horas. Es por ello que los servicios de Urgencias deben estar dotados de los medios técnicos y humanos necesarios para asegurar un nivel asistencial óptimo.

Dentro de la Unidad de Urgencias Hospitalarias el celador es uno de los integrantes de la cadena asistencial del área, quien además de las múltiples funciones que tiene asignadas de manera genérica, tiene también definidas una serie de funciones específicas en la Observación.

En este sentido enumeramos:

-La labor de vigilancia del acceso y la estancia de los familiares y las visitas en la zona donde se ubican los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas.
-La ayuda a las enfermeras y TCAE al movimiento y traslado de los pacientes encamados que requieren trato especial debido a sus dolencias para hacer las camas.
-Labores de información general, sin ser esta sanitaria, ni administrativa.
-Ayuda al resto de personal sanitario cuando lo soliciten en las medidas iniciales del tratamiento en las emergencias.
-El transporte de documentos, correspondencia, así como objetos al sitio que se les indique.
-Traslado de analíticas y muestras al laboratorio.
-Traslado de los pacientes a distintas zonas del Hospital, como quirófanos, radiología, UCI, reanimación, ingresos en planta, etc.
-Realización de los cambios posturales al paciente, movilizándolo para conseguir la posición solicitada por el personal sanitario.
-El mantenimiento de la intimidad del paciente en el interior del box de observación.
-Traslado del paciente a las salas de realización de pruebas diagnósticas.

-Auxiliar en la inmovilización del paciente durante la realización de las pruebas o actuaciones que así lo requieran.

Es fundamental que el celador esté siempre localizable en el área de Observación. Se trata de un puesto de trabajo en el que el profesional ha de tener unas cualidades definidas como el ser una persona dinámica, y a su vez discreta, tiene que tener grandes dosis de humanidad y paciencia, la vocación de ayuda al prójimo y ha de poseer el espíritu de trabajo en equipo.

## 5 Discusión-Conclusión

De lo expuesto hasta ahora podemos destacar la labor de los celadores como profesionales imprescindibles para el buen funcionamiento del área de Observación de una Unidad de Urgencias Hospitalaria, desarrollando tareas que son de vital importancia, tanto de asistencia a los pacientes, como de ayuda a los profesionales sanitarios de la unidad.

Es el celador quien en la mayoría de las ocasiones tiene un mayor contacto directo no sólo con los pacientes, sino también con sus familiares. Es por todo ello que, aparte de sus funciones de ayuda, traslado y movilización de los enfermos, desempeñan una labor importante a la hora de proporcionar seguridad y tranquilidad en los pacientes y en sus familias, mostrando empatía y a su vez discreción en las labores de acompañamiento que realizan.

Por último, destacaremos la labor del celador, quien puede determinar en numerosas ocasiones la imagen que tanto el enfermo como los familiares se lleven del Hospital en general y del servicio de Urgencias en particular.

## 6 Bibliografía

1. Manual del Celador en Instituciones Sanitarias. Editorial MAD. ISBN: 978-84-142-1209-7.
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
3. https://www.campustraining.es/noticias/funciones-celador/.
4. https://elblogdelcelador. Files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuación-del-celador-en-los-distintos-ámbitos-sanitarios.pdf.
5. Experiencia profesional como celadora en la Unidad de Urgencias del Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina, Toledo.

## Capítulo 322

# PAPEL DEL PINCHE CON LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

## 1 Introducción

El ayudante de cocina debe contar con los equipos y útiles necesarios para el correcto desempeño de sus funciones, como en cualquier otro puesto de trabajo. Para poder desempeñar nuestras funciones en las cocinas hospitalarias, necesitaremos conocer las características principales, los materiales con los que se fabrican los instrumentos, así como distinguir las máquinas de los aparatos y utensilios de cocina que generan frío o calor para su utilización en el momento necesario.
Los utensilios generalmente se pueden dividir en cuatro categorías: recipientes para cocinar, accesorios y otras herramientas. Para evitar cualquier tipo de contaminación o que las herramientas con las que trabajamos se deterioren de alguna

manera, debemos extremar las precauciones entendiendo las herramientas y su función para mantener su conservación.
Para evitar cualquier tipo de contaminación no intencional, todos los utensilios de cocina utilizados en los hospitales deben ser capaces de manipular los alimentos de manera adecuada en varias etapas. Es importante conocer los diferentes tipos de herramientas que se utilizan en las cocinas de los hospitales, así como tener precaución y especial cuidado al manipular los alimentos porque los pacientes se encuentran en un estado de salud vulnerable y un error podría empeorar su enfermedad de base.

## 2 Objetivos

Describir y conocer cuáles son los principales equipos, utensilios, aparatos y suministros que se pueden encontrar en la cocina de un hospital y que utiliza el personal de cocina.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Google Scholar, Pubmed, Scielo, Medline.
También se ha revisado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con las herramientas que se utilizan dentro de las cocinas hospitalarias.

## 4 Resultados

Existen unas características comunes con los que están fabricados los útiles o menaje de cocina, estos tienen que ser:
-No liberar sustancias tóxicas, aún expuestos a altas temperaturas -Deben de ser resistentes a la corrosión
-Tienen que ser fáciles de lavar y desinfectar
-Su composición debe de ser inalterable
Los pinches de las cocinas hospitalarias, debe de conocer la clasificación de herramientas y saber con que fin fue creado esos instrumentos. Primeramente podemos diferenciar entre: maquinaría, útiles y herramientas.
Recipientes de cocción: En esta clasificación podemos encontrarnos la besuguera se utiliza para poder cocinar pescados en el horno, la brasera podremos utilizarla

para hornear piezas grandes de carne, marmita utilizada para la preparación de hervidos y caldos, y el rondón que sirve para colocar aquellos alimentos que no se pueden colocar unos encima de otros.
En cuanto a la clasificación de los accesorios encontramos la araña que nos permitirá extraer los alimentos de los líquidos calientes, batidor, escurridores, embudos, brocheta.
Recipientes Gastronorm: estos recipientes se utilizan para introducir alimentos en aparatos tanto de calor como de frío.
Otras herramientas que utilizamos dentro de las cocinas hospitalarias: chaira, cuchillo, mandolina, espalmadera. Resulta interesante por la frecuencia de su uso que se conozcan los diferentes cuchillos que existen y que deberemos de utilizar en su caso correspondiente, estos son: cebollero, cuchillo de cocinero, deshuesador, cuchillo jamonero, cuchillo de pescado, cuchillo de sierra, cuchillo trinchero, la macheta y la puntilla.
Existen unas recomendaciones principales que deberemos de tener en cuenta:
- No almacenaremos lácteos, pescados, y carnes juntos
-Deberemos de tener en cuenta a la hora de su almacenaje y procesamiento no mezclar aquellos alimentos cocinados con los que todavía estén crudos.
-Otra recomendación que deberemos de tener en cuenta es que a la hora de su almacenaje no mezclaremos los alimentos de origen animal con los de origen vegetal.

## 5 Discusión-Conclusión

Después de la finalización de este estudio, podemos indicar que se requiere una serie de características, entre las cuales se destacan, para la maquinaria, los suministros y las herramientas utilizadas en las cocinas del hospital.
Los alimentos deben ser atóxicos y sencillos de limpiar, ya que debemos evitar contaminarlos en todo momento.
Es necesario que haya suficiente material disponible para que cada etapa del procesamiento de alimentos se realice correctamente.
El ayudante de cocina debe conocer los diversos tipos de utensilios de cocina y sus aplicaciones previstas. También deben tener mucho cuidado para evitar la contaminación cruzada que pueda afectar a los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/.

2. https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/menajecocina-hospital/.
3. https://docplayer.es/23427655-Equipamiento-de-la-cocinahospitalaria.html.

## Capítulo 323

# EL PINCHE Y LA CORRECTA CONSERVACION, TRANSFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

## 1 Introducción

Las cocinas hospitalarias juegan un papel muy importante, ya que se encargan de la alimentación de los pacientes. Se ha demostrado científicamente que una correcta alimentación ayuda a una recuperación más rápida así como a la prevención de otras enfermedades.
En la cocina hospitalaria no se trabaja de manera individual, sino que además trabajan de la mano junto con nutricionistas, medicina preventiva y la unidad de hospitalización.

Los menús que reciben los pacientes deben de ser personalizados según el tipo de patología que tengan, y habrá sido prescrito previamente por un facultativo.
Siempre se realizará la entrega de los menús a la misma hora, los pacientes pueden tener adaptaciones del menú según vaya evolucionando su estado de salud.
Tenemos la obligación de entregar la bandeja a los pacientes con una temperatura por encima de los 65 grados centígrados, y los platos fríos por debajo de los 10 grados centígrados.
En la cocina hospitalaria existe una sincronización con el resto de equipos que se encargan directamente de la nutrición de los pacientes, y siempre se deberá de comunicar cualquier tipo de incidencia que ponga en riesgo la salud de los usuarios lo antes posible.
Debemos de conocer cuáles son las condiciones óptimas que se deben de adquirir en el procesamiento y almacenaje de los alimentos.

## 2 Objetivos

Identificar cuáles son las medidas correctas que se deben de adoptar dentro de las cocinas hospitalarias para la conservación y transformación de los alimentos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha buscado en la literatura científica sanitaria existente seleccionada la información más relevante en relación con la conservación y transformación de los alimentos en los centros hospitalarios.

## 4 Resultados

Los pacientes dependen de la comida que se les administra en el hospital para cubrir las necesidades nutricionales y en muchos casos las dietas personalizadas que se les deben de proporcionar a cada uno de ellos dependiendo de su estado de salud.
En la nutrición que se administra en los centros hospitalarios influyen numerosos factores y pueden sufrir cambios de última hora.

Entendemos por cocina caliente, por la cocina tradicional. Se debe de cocinar y servir en el momento. Los alimentos se deben de elaborar a primera hora y se deben de terminar una hora antes de que se empiece a distribuir.
Dentro de las cocinas hospitalarias podemos ver diferencias distintas zonas, en las que se prepara y se procesa la comida para posteriormente entregarla a los usuarios.
Zona de recepción: Tiene conexión directa con un espacio exterior cubierto. Zona de almacenamiento: En esta zona almacenaremos los alimentos y deberemos de garantizar su higiene, control de ventilación, y de temperatura, y verificar el stock.
Zona de preparación: Esta zona está destinada para la preparación de la materia cruda antes de que se cocine. Lo ideal es que existan diferentes zonas dependiendo del alimento que vayamos a procesar, pudiendo diferenciar, vegetales, carne, pescado.
Zona de cocción: En esta zona se cocinarán los alimentos utilizando los recipientes adecuados para cada caso.
Zona de emplatado: Esta zona estará debidamente climatizada dependiendo de si se trabaja con comida fría o caliente. Aquí es donde la comida se divide en raciones utilizando las bandejas que se entregarán a los pacientes. Las bandejas irán previamente identificadas para garantizar que los pacientes reciban aquella dieta que les han prescrito los médicos especialistas.
Después se colocarán las bandejas en un carro, y un pinche será el encargado de la distribución de las mismas, así como luego recogerlas para su correcta desinfección e higiene en la cocina hospitalaria.

## 5 Discusión-Conclusión

Como vemos, la cocina del hospital no funciona de forma individualizada; más bien colabora con la unidad de hospitalización, medicina preventiva y nutricionistas para elaborar los menús correspondientes que los médicos especialistas han recomendado previamente a cada paciente dependiendo de sus patologías.
Es importante que conozcamos los estándares para el procesamiento de alimentos y el almacenamiento adecuado de alimentos ya que es una tarea muy importante para la salud de los pacientes.
Por lo que el pinche de cocina debe estar actualizado y saber en todo momento el funcionamiento de las normas de la cocina para no cometer errores que pueden causar problemas a los pacientes.

# 6 Bibliografía

1. https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/.
2. https://revistamedica.com/protocolohigienico-cocina-centros-hospitalarios/.

## Capítulo 324

# LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CIRCUITOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PARA PINCHE DEL HOSPITAL

SANTIAGA SANCHEZ GOMEZ

MANUEL DÍAZ - SANTOS VELASCO

ÁNGEL JONATHAN TRUJILLO GARCÍA

JUAN MANUEL GONZALEZ SANCHEZ

MARÍA MADRID MARTÍNEZ

## 1 Introducción

En este capítulo hablaremos de los diversos tipos de circuitos de distribución que se encuentran disponibles y que es necesario utilizar, así como el correcto e ideal funcionamiento que debe tener una cocina hospitalaria. Dado que frecuentemente tiene el poder de alargar o acortar el proceso patológico, los procesos de alimentación y nutrición de una paciente hospitalizada se vuelven cruciales para su recuperación. Para que los alimentos y productos servidos sean seguros y de la mayor calidad posible, así como que lleguen en un estado ideal y apetecible para que los pacientes puedan consumirlos, es necesario contar con circuitos de distribución adecuados y cocinas que estén en orden de trabajo adecuado. La línea de producción en caliente y la línea de producción en frío deben distinguirse dentro de los distintos circuitos de distribución que están presentes en una cocina.

La primera línea de producción es el circuito en el que se cocinan los alimentos, es decir, se preparan a una temperatura de al menos 65ºC; estos alimentos deben mantener una temperatura constante hasta que sean distribuidos y servidos al paciente. Por el contrario, los alimentos se conservan en la línea de producción en frío y se mantienen allí hasta que se consumen.

## 2 Objetivos

Indicar los diversos sistemas de distribución que se encuentran en una cocina de hospital con los alimentos.

## 3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica de la literatura para este capítulo utilizando varias bases de datos, incluidas Medline, Cuiden, Scielo, Pubmed, así como diferentes protocolos y guías de práctica clínica. Cocinas de hospital, circuitos de distribución, etc. son algunas de las palabras clave que utilizamos para ello.

## 4 Resultados

Es crucial que la comida que se sirve a los pacientes se prepare correctamente y se caliente al nivel ideal y requerido. Numerosos recursos están disponibles actualmente para esto. Además, es fundamental destacar la importancia de cumplir una serie de normas en los circuitos de distribución:
- Siempre hacia adelante, lo que significa que todos los preparativos y manipulaciones deben realizarse para garantizar la seguridad del producto y evitar la contaminación. - Distinguir entre distribución, procesamiento y áreas sucias y limpias. - Diferencias entre climas cálidos y fríos. Deben ser fáciles de limpiar y desinfectar. - Debe ser sencillo llegar a varios lugares. Se cubrirán dos puntos clave en la discusión de este capítulo sobre los circuitos de distribución: primero, la línea de distribución caliente, también conocida como el sistema tradicional.
Debido al largo tiempo que requiere el alimento para viajar desde el emplatado hasta la habitación del paciente y la gran desventaja de este sistema para mantener una temperatura adecuada para la comida que se sirve a los pacientes, particularmente la comida caliente, se produce una pérdida de calor. Siendo este el principal defecto de este sistema de distribución, se utilizan bandejas o carros isotérmicos para evitar o minimizar las pérdidas de calor o para igualar la

temperatura de los alimentos fríos y calientes. La línea de distribución de frío, en por otro lado, está disponible. En este caso, la comida ya ha sido cocinada, preparada y enfriada después de la cocción y está almacenada de manera segura en las cámaras. Para evitar la contaminación cruzada y mantener la seguridad del plato que se sirve al paciente, nunca debe almacenarse con alimentos o productos crudos. Tras el emplatado, los alimentos se calentarán en bandejas diseñadas a tal efecto antes de ser entregados a los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

La ubicación de la cocina dentro del hospital, el número de plantas y camas, y el número de pacientes tendrán un impacto en los circuitos de distribución y funcionamiento de la cocina. La comida puede llegar fría si no se utiliza el circuito de distribución adecuado porque no es lo mismo repartir comida en un centro pequeño donde las distancias que se recorren son menores y el tiempo que se pasa desde la cocina hasta la habitación del paciente es menor que, en por otro lado, en un hospital muy grande donde el número de camas y pacientes es muy elevado y las distancias y el tiempo que hay que recorrer son mucho mayores.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/circuito-alimentos-cocina-hospitalaria/.
2. https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-decocinashospitalariasprincipios-genericos.

## Capítulo 325

# EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARI ÁNGELES GARCÍA CARRASCO

## 1 Introducción

Las urgencias hospitalarias representan uno de los entorno médicas más dinámicos y desafiantes, en los que cada segundo cuente. En este contexto, el auxiliar administrativo juega un papel esencial al garantizar la organización efectiva y eficiente, la comunicación fluida y la gestión adecuada de los recursos. Se va a explorar su función en la coordinación de pacientes, la gestión de registros médicos y la comunicación eficiente en situaciones de alta demanda. Los resultados van a destacar la importancia de este rol para la eficacia y la calidad de la atención en el área de urgencias.

Sus funciones son variadas y fundamentales para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención de calidad en este entorno. Se van a describir algunas de las funciones más importantes del auxiliar administrativo de urgencias. Esas funciones van a ser esenciales para garantizar la calidad. Son cruciales en la gestión de la información, la comunicación efectiva y la coordinación de los pacientes, lo que va a permitir al personal clínico centrarse en la atención médica. Si alguna de estas funciones no se cumplen puede llegar a colapsar la atención y que exista una descoordinación de los servicios y no se pueda atender de forma efectiva a los pacientes.

## 2 Objetivos

Analizar en profundidad el rol del auxiliar administrativo en las urgencias hospitalarias y su impacto en la atención 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 han recopilado datos de diferentes fuentes académicas sobre las responsabilidades diarias, desafíos y la percepción de su impacto en la atención al paciente. Se han utilizado fuentes como revistas científicas, Pubmed o Google escolar entre otras fuentes científicas.

## 4 Resultados

Los resultados van a revelar que los auxiliares administrativos en urgencias realizan una serie de tareas críticas.
Algunas de las funciones que realiza el auxiliar administrativo son:
A) Recepción y registro de pacientes: tienen la función de recibir a los pacientes y sus familias en la unidad de urgencias. Registrar la información básica del pacientes, como nombre, fecha de nacimiento, motivo de la visita y datos de contacto.
B) Gestión de expedientes médicos: administrar y mantener los expedientes médicos electrónicos o en papel de los pacientes. Asegurarse de que la información esté actualizada y sea accesible para el personal clínico cuando sea necesario.
C) Coordinación de citas y admisión: programar y coordinar las citas de seguimiento para los pacientes que necesitan una atención continua, ayudar en el proceso de admisión de pacientes, asegurando así que se completen los formularios necesarios y se obtenga la información de seguro médico.
D) Comunicación interna y externa: actuar como intermediario entre el personal médico, los pacientes y sus familias. Facilitar la comunicación efectiva entre el personal clínico y otros departamentos del hospital, como laboratorio, radiología y farmacia.
E) Manejo de registros y documentación: mantener registros precisos y actualizados de la entrada y salida de pacientes en el área de urgencias. Ayudar en la documentación de procedimientos médicos y tratamientos.

F) Manejo de la agenda: administrar la agenda de los médicos y enfermeras de urgencias, programando consultas y procedimientos. Coordinar el flujo de pacientes para minimizar los tiempos de espera.
G) Atención al cliente: brindar atención amable y empática a los pacientes y sus familias, respondiendo preguntas y proporcionando información sobre el proceso de atención. Resolver problemas y preocupaciones de los pacientes en la medida de lo posible.
H) Gestión de suministros y equipos: supervisar el inventario de suministros médicos y de oficina en el área de urgencias. Asegurara que el equipo necesario esté disponible y en buen estado de funcionamiento.
I) Colaboración en situaciones de emergencias con el personal médico y de enfermería, garantizando una respuesta rápida y organizada.
J) Cumplir con las normativas de confidencialidad de la información médica y mantener altos estándares éticas en todas las interacciones con pacientes y su información personal.

## 5 Discusión-Conclusión

Este estudio resalta la importancia del auxiliar administrativo en el área de urgencias hospitalarias. Su labor va más allá de la administración, ya que va a actuar como un puente esencial entre los pacientes y el personal médico. El reconocimiento de su papel y la inversión en su capacitación pueden mejorar la calidad de la atención y la eficiencia en las urgencias hospitalarias. Se recomienda que los hospitales brinden oportunidades de desarrollo profesional y reconocimiento adecuado a los auxiliares administrativos en urgencias. Además, se sugiere investigar más sobre la mejora de las prácticas de comunicación y la optimización de los sistemas de gestión de registros médicos en este entorno.

## 6 Bibliografía

1. Investigación RS. La importancia del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [cited 2023 Sep 16]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/
2. Ocronos R. Qué hace un auxiliar administrativo en la Unidad de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [cited 2023 Sep 16]. Available from: https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/

3. de Enfermería Ocronos RM y. El Auxiliar Administrativo y el Servicio de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [cited 2023 Sep 16]. Available from: https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/
4. Auxiliar Administrativo Urgencias [Internet]. Scribd. [cited 2023 Sep 16]. Available from: https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias

## Capítulo 326

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA RECETA ELECTRÓNICA

IRENE BORRELL PANDURO

BEATRIZ SUSIN CABALLERO

MARIA DEL CARMEN HENARES GONZÁLEZ

CAROLINA SUGUE GÓMEZ RICO

MAGALI PRIETO CORREGIDOR

## 1 Introducción

La introducción de la receta electrónica ha supuesto un cambio importante en la forma de gestionar las recetas médicas en los centros sanitarios. Los servicios electrónicos útiles para la atención médica, permite a los médicos recetar y enviar medicamentos de forma electrónica.

La pandemia de coronavirus ha requerido muchos cambios en el ámbito de la salud, incluida la prioridad de las consultas telefónicas sobre las consultas cara a cara, la restricción significativa del movimiento de la población y el énfasis en el aislamiento social. Se han explorado diversas alternativas para continuar brindando atención médica sin comprometer la calidad ni la efectividad. La receta electrónica también era una opción. Esto permite a los usuarios recibir medicamentos recetados en farmacias sin tener que acudir a un centro de salud.
Las recetas electrónicas tienen un número de pedido único que se actualiza con información del paciente y del médico cada vez que el médico cambia los datos

en el formulario de tratamiento. Tiene una validez de un año, transcurrido el cual es necesaria una solicitud de prórroga.

Los auxiliares administrativos deberán estar adecuadamente formados en el uso de los programas informáticos necesarios para el uso de la receta electrónica.
Los medicamentos recetados previamente por su médico de cabecera están disponibles en todo el país. El movimiento de pacientes a otras comunidades y grupos de población ya no es un obstáculo para adquirir medicamentos en cualquier farmacia.

Aunque la nueva receta electrónica se legalizó en 2003, no se introdujo a nivel nacional hasta 2015.

## 2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en relación con la receta electrónica.

## 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: -farmacia-auxiliar administrativo-receta tipo electrónico- teleconsulta

## 4 Resultados

Para utilizar recetas electrónicas, debe cumplir con los criterios para ser beneficiario de la Seguridad Social. Para utilizar las recetas electrónicas en los regímenes existentes, como el régimen general, los autónomos y los pensionistas, es necesario ser titular o beneficiario de un régimen público de seguridad social. El sistema de salud del país asigna a cada usuario un código único e intransferible.

El programa informático conocido como OMI habilita las conexiones existentes entre farmacias, permitiendo a los usuarios con tarjeta sanitaria recibir medicamentos en cualquier lugar del ámbito geográfico español. Actualmente, la Comu-

nidad Autónoma está trabajando ampliar el ámbito geográfico de validez e incluir países de la Unión Europea.

Los usuarios pueden dejar de adquirir el medicamento dentro de los 10 días posteriores a la prescripción de su médico de cabecera. Si este período ya finalizó, deberá solicitar la activación nuevamente.

Los farmacéuticos también deben documentar los cambios cuando es necesario reemplazar los medicamentos en la farmacia. Se debe incluir el código del medicamento dispensado y no se deben incluir códigos de otros medicamentos.

Los auxiliares administrativos actúan como intermediarios entre los pacientes que necesitan una renovación de su de su medicación y los médicos que deben emitir una receta. Por lo general, es su responsabilidad renovar su receta según las indicaciones de su médico. Actualmente no se requiere de una consulta telefónica o conversación personal para renovar tu medicación crónica. Después de que su médico reciba su solicitud para programar una cita de teleconsulta, enviará la información a su tarjeta de salud.

## 5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos de los centros sanitarios desempeñan un papel importante en las interacciones de los pacientes con el sistema de atención médica y la farmacia. El endurecimiento del control sobre los medicamentos recetados se debió al consumo excesivo de medicamentos y al gasto público asociado. Al digitalizar las recetas y hacer más fiable su gestión, avanzamos paso a paso hacia la realización del uso racional de los medicamentos.

Los usuarios principales de este sistema son médicos de cabecera, que utilizan el sistema para administrar medicamentos adaptados a la condición médica del paciente. Un gran beneficio para los usuarios es que ya no tienen que ir a la clínica cada vez que se les acaba el medicamento. Esto se hace en la farmacia utilizando su tarjeta y número de pedido. También libera espacio en su lista de espera de atención primaria, lo que le permite concentrarse en otras tareas.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/aplicacion-receta-electronica-auxiliar-administrativo/

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

## Capítulo 327

# COMO ACTÚA DE FORMA CORRECTA EL CELADOR ANTE UN PACIENTE ALTERADO

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

JOSE NAVARRO GODRID

## 1 Introducción

Debido a la naturaleza de su trabajo, los celadores suelen estar en contacto con una variedad de pacientes. Este puesto requiere mucho tacto, empatía y experiencia para afrontar situaciones difíciles.
Puede trabajar con pacientes temerosos, enojados, violentos o mentalmente inestables. Estas situaciones ocurren con frecuencia.
Es difícil para los celadores reaccionar de manera óptima ante estas situaciones. En situaciones complicadas, se debe intentar mantener la calma y hablar con tranquilidad para mantener calmado al paciente.
Un paciente es una persona que experimenta malestar, miedo, agitación e inquietud y, en algunos casos, todos estos síntomas pueden manifestarse de manera no maliciosa pero agresiva.

Para evitar situaciones violentas que puedan provocar lesiones físicas a los celadores, pacientes y personal del centro, el grupo de celadores que están en contacto físico muy estrecho con los pacientes, deben evitar las agresiones lo más rápido posible, hay que intentar controlarlas.

Especialmente en situaciones violentas, se pueden tomar varias medidas:

- Reducir al paciente mediante la ingesta de medicamentos prescritos por el equipo médico.

- Intentar calmar al paciente utilizando palabras amables para evitar provocar mayor agitación o sospecha.

- Utilizar la fuerza física para reducir al paciente con la ayuda de algunos compañeros del centro

Todos los métodos anteriores están dentro del ámbito del celador Lógicamente, la fuerza debería ser lo último. El mejor curso de acción es calmar al paciente mediante palabras, gestos y comunicación física.

## 2 Objetivos

Enumerar los diferentes recursos a disposición del celador para calmar, relajar y tranquilizar a los pacientes nerviosos, agitados y convulsivos que llegan al centro de salud.

## 3 Metodología

Se han realizado búsquedas en publicaciones de carácter científico, en las bases de datos de artículos del mundo sanitario como pudieran ser Pubmed, Scielo, Google. Se han consultado temarios de oposición.Se han buscado términos como: empatía, tranquilizar, medicación, celador, paciente alterado

## 4 Resultados

Como se mencionó en la sección anterior, el alivio verbal es generalmente la mejor manera de llevar al paciente de una situación de tensión, excitación e inquietud a una de relativa calma. Se debe utilizar una actitud tolerante, tranquila y amigable conducirá a mejores resultados.

La ayuda multiprofesional es muy importante para los pacientes inquietos. Una actitud positiva para ganarnos la confianza del paciente y hacerle saber que nos preocupamos por su condición de enfermo. Se utilizará un tono conciliador, un ritmo tranquilo y relajante y un tono de bajo volumen.

La aplicación de la "escucha activa" aporta grandes beneficios. Se debe explicar lo importante que es considerar sus estándares y normas.

Es importante mantener una distancia de seguridad para minimizar movimientos bruscos, que puedan perjudicar el personal del centro y al paciente, acompañantes y personas que se encuentren en esos momentos cerca del lugar, en los diferentes centros sanitarios.

Si los métodos anteriores no logran calmar a un paciente agresivo, se debe utilizar la reducción mecánica.

La supervisión de este tipo de intervención es siempre responsabilidad del médico, que es el responsable de este tipo de actuación:

Dependiendo de la altura del paciente se requieren al menos 4 compañeros

Se deben considerar varios factores al utilizar este tipo de sujeción:

- Todos los materiales estarán listos para su uso, incluidas las tiras y correas de cintura para sujetar a los pies de la cama.

- Se frenará la cama para garantizar un entorno seguro para el paciente. Retirando los elementos que puedan resultar peligrosos para el paciente o para los distintos profesionales que lo atienden.

- En tales casos, el trabajo del celador suele ser sujetar las extremidades del paciente. Los médicos y enfermeras son responsables de sujetar la cabeza del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando los celadores tratan con pacientes inquietos, ansiosos o enojados, queda claro lo difícil que es poner su comportamiento en contexto.
Dependiendo de las circunstancias específicas de cada caso, se selecciona el curso de acción óptimo.
Independientemente de la situación o el diagnóstico, no hay dos pacientes que

reaccionen de la misma manera, aunque sean el mismo paciente. Por lo tanto, aunque se requiere de conocimientos previos para actuar, siempre se hace en relación a la situación actual.
No se puede subestimar la necesidad de directrices prácticas. Es importante que todos los miembros del personal médico y no médico sean conscientes de su papel y comportamiento en situaciones peligrosas, violentas y estresantes.

En estas situaciones, es muy útil mantener la calma, mostrar empatía por el paciente y quienes lo rodean y buscar la ayuda y cooperación de sus colegas.

## 6 Bibliografía

-https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100002

## Capítulo 328

# CALEFACTORES Y EFECTOS DEL CONFORT TÉRMICO EN EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

JOAQUIN MARTINEZ REINA

## 1 Introducción

El confort térmico se refiere al estado de ánimo en el que una persona declara sentirse satisfecha con el ambiente térmico que le rodea. Es un aspecto muy influyente en la arquitectura y el diseño de edificaciones, y tiene un papel particularmente significativo en centros hospitalarios, donde los pacientes se encuentran en estados físicos y emocionales sensibles. La percepción de la temperatura, la humedad y la circulación de aire en estos espacios puede influir directamente en la recuperación, el bienestar y la satisfacción del paciente.

Los calefactores son dispositivos diseñados para liberar calor y mantener o aumentar la temperatura en espacios cerrados. Hay una variedad de tecnologías

y métodos de calefacción disponibles, desde sistemas radiantes hasta convectores y sistemas de calefacción centralizados. Cada uno tiene sus propias ventajas, desventajas y capacidades para alterar el confort térmico.

En entornos hospitalarios, es esencial mantener un equilibrio adecuado de temperatura. Un exceso o falta de calefacción no solo puede provocar incomodidad, sino que también puede afectar adversamente los tiempos de recuperación, aumentar el riesgo de infecciones y complicaciones, y en algunos casos, puede tener implicaciones directas en el pronóstico del paciente.

Esta investigación tiene como objetivo analizar los efectos de diferentes calefactores en el confort térmico dentro de un entorno hospitalario, determinando su eficiencia, impacto en la calidad del aire y, lo más importante, su efecto en el bienestar de los pacientes hospitalizados. Al comprender mejor estas dinámicas, se espera contribuir a la creación de hospitales más eficientes y centrados en el paciente, donde el confort térmico actúe como un facilitador del proceso de recuperación y bienestar.

## 2 Objetivos

- Describir y analizar las diversas tecnologías de calefactores disponibles en el mercado, destacando sus principios operativos, ventajas y desventajas, y su adaptabilidad a entornos hospitalarios.
- Investigar cómo diferentes sistemas de calefacción influyen en las variables del confort térmico (temperatura, humedad, circulación de aire) dentro de las instalaciones hospitalarias y cómo estos factores interactúan con la percepción y bienestar de los pacientes.
- Estudiar y establecer relaciones entre el confort térmico proporcionado por diferentes calefactores y el bienestar general de los pacientes, considerando parámetros como tiempos de recuperación, incidencia de complicaciones relacionadas con la temperatura y satisfacción del paciente con respecto al ambiente 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

Durante la implementación de la metodología técnica, se observó que la variación de las condiciones térmicas dentro de los ambientes controlados varió de manera significativa dependiendo de la tecnología de calefactor utilizada. Algunos calefactores demostraron una rápida elevación de temperatura en los primeros 30 minutos de operación, mientras que otros mostraron una elevación gradual, pero mantuvieron una temperatura constante durante más tiempo después de ser apagados.

La humedad relativa en las habitaciones, medida a través de los higrómetros, mostró una ligera disminución con la mayoría de los calefactores, sugiriendo que estos equipos extraen humedad del aire al calentar el ambiente. Esta observación fue especialmente notoria en calefactores que operan a altas temperaturas.

En cuanto al flujo de aire, los anemómetros detectaron cambios sutiles en la circulación del aire dentro de las habitaciones, siendo más prominentes en aquellos calefactores con ventiladores incorporados. Estos calefactores no solo elevaron la temperatura, sino que también promovieron una distribución más uniforme del calor, evitando puntos fríos o áreas de estancamiento térmico.

A partir de los sensores colocados en diferentes puntos de la habitación, se pudo discernir que la distribución del calor no siempre era homogénea. Ciertos calefactores, especialmente aquellos diseñados para ser colocados en el suelo, mostraron una tendencia a calentar primero las zonas bajas, requiriendo un tiempo más prolongado para que el calor ascendiera y calentara el ambiente de manera uniforme.

Durante la fase de estabilización, se notó que mientras algunos calefactores permitían que la temperatura descendiera rápidamente a los valores iniciales, otros mantuvieron la habitación cálida por un período prolongado, lo cual es beneficioso en entornos donde se busca minimizar la operación continua del equipo y conservar energía.

La eficiencia energética varió entre los dispositivos. Aunque no se realizó una medición directa del consumo eléctrico, se pudo inferir que aquellos calefactores que calentaban el ambiente rápidamente, pero no mantenían la temperatura eran probablemente menos eficientes a largo plazo, ya que requerirían ser encendidos

con más frecuencia para mantener el confort térmico.

Finalmente, se observó que los calefactores con capacidades de regulación automática, aquellos que ajustan su operación según las condiciones del ambiente, ofrecían un equilibrio adecuado entre rapidez de calentamiento y conservación del calor, optimizando el confort térmico y potencialmente reduciendo el consumo de energía.

## 5 Discusión-Conclusión

La evaluación de diversas tecnologías de calefactores en entornos simulados que imitan las condiciones hospitalarias ha arrojado luz sobre varios aspectos críticos del confort térmico y la eficiencia energética. La variabilidad en el rendimiento de los calefactores subraya la importancia de seleccionar la tecnología adecuada según las necesidades específicas de cada entorno hospitalario.

El hecho de que algunos calefactores extrajeran humedad del aire mientras calentaban el ambiente es un factor que podría tener implicaciones en el bienestar del paciente, especialmente en áreas donde la humedad ya es baja. Un ambiente demasiado seco podría aumentar el riesgo de irritaciones en las vías respiratorias o en la piel, lo cual es elemental considerar en la selección de calefactores para entornos sensibles como hospitales.

Los calefactores que proporcionaron una distribución uniforme del calor demostraron ser más eficientes en términos de confort térmico. Evitar zonas con variaciones significativas de temperatura es esencial para garantizar el bienestar del paciente. Además, la eficiencia energética se presenta como un factor clave no solo en términos de costos operativos, sino también desde una perspectiva de sostenibilidad.

La presencia de calefactores con capacidades de regulación automática es prometedora. Al adaptarse a las condiciones del ambiente, estos dispositivos podrían ofrecer un equilibrio óptimo entre comodidad y consumo de energía.

La selección de calefactores para entornos hospitalarios es una decisión que va más allá de simplemente proporcionar calor. Las variaciones en la distribución del calor, la humedad relativa y la eficiencia energética pueden tener un impacto directo en el bienestar de los pacientes y en la operatividad del hospital. Los resultados de esta investigación sugieren que una evaluación detallada de las tec-

nologías de calefacción, considerando sus características y rendimiento en condiciones controladas, es esencial para tomar decisiones informadas. A medida que la industria avanza hacia soluciones más sostenibles y centradas en el usuario, la integración de calefactores adaptativos y eficientes se vuelve crucial para garantizar un entorno hospitalario óptimo.

## 6 Bibliografía

1. "Manual de climatización" por Jesús Manuel Morán. Este libro aborda tanto las bases teóricas como las aplicaciones prácticas de la climatización.

2. "La calidad del aire interior en los edificios" por Mariano Fuentes. Aunque se enfoca en la calidad del aire, también toca aspectos del confort térmico y su interacción con la ventilación y calefacción.

3. "Climatización en hospitales" por Carlos Valero y Antonio Bustamante. Un libro específico sobre el tema de climatización en entornos hospitalarios.

4. "Confort y arquitectura" por Antonio Miravete. Este libro ofrece una perspectiva más arquitectónica del confort, pero es muy útil para entender cómo el diseño de un espacio puede influir en el bienestar térmico de sus ocupantes.

5. "Guía técnica de aplicaciones de climatización" de la Asociación Técnica Española de Climatización y Refrigeración (ATECYR). ATECYR es una referencia en España en todo lo relacionado con climatización, y sus publicaciones suelen ser muy técnicas y detalladas.

## Capítulo 329

# SEGURIDAD Y CONTROL EN SISTEMAS DE CALEFACCIÓN HOSPITALARIA: UN ENFOQUE INTEGRAL

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

JOAQUIN MARTINEZ REINA

## 1 Introducción

En el mundo hospitalario, la creación y mantenimiento de condiciones ambientales óptimas no solo es una cuestión de confort, sino también de salud y seguridad. La calefacción es uno de esos elementos esenciales que influye directamente en la recuperación y bienestar de los pacientes, el desempeño del personal médico y, en general, en el funcionamiento eficiente del establecimiento de salud. Por lo tanto, garantizar un sistema de calefacción eficiente y seguro es primordial.

Sin embargo, los sistemas de calefacción en hospitales no están exentos de desafíos. La extensa infraestructura de un hospital, la variedad de espacios, desde quirófanos hasta áreas administrativas, y la necesidad de mantener temperaturas

precisas y constantes hacen que el control y la seguridad de estos sistemas sean críticos. Un fallo en el sistema no solo puede resultar en inconvenientes, sino que también puede comprometer la salud de los pacientes, especialmente aquellos en estado crítico o con sistemas inmunológicos debilitados.

En este contexto, la seguridad y el control en sistemas de calefacción hospitalaria requieren un enfoque integral. Es necesario considerar no solo la tecnología y equipos utilizados, sino también los protocolos de operación, mantenimiento y respuesta a emergencias. Además, la formación y capacitación del personal que opera y supervisa estos sistemas es esencial para garantizar su funcionamiento adecuado y seguro.

El presente estudio busca explorar la importancia de la seguridad y el control en sistemas de calefacción hospitalaria, proponiendo un enfoque integral que englobe tanto aspectos técnicos como operativos. A través de esta investigación, se pretende brindar una visión detallada de las mejores prácticas, los desafíos y las soluciones innovadoras en el ámbito de la calefacción en establecimientos de salud.

## 2 Objetivos

1. Analizar las principales vulnerabilidades y desafíos asociados con los sistemas actuales de calefacción hospitalaria en términos de seguridad y control.

2. Identificar las mejores prácticas y tecnologías emergentes que potencien un manejo seguro y eficiente de la calefacción en entornos hospitalarios.

3. Proponer protocolos y recomendaciones para la implementación y gestión integral de sistemas de calefacción en hospitales, enfocándose en la minimización de riesgos y optimización del rendimiento.

## 3 Metodología

1. Revisión Bibliográfica a través de una búsqueda sistemática, llevando a cabo una revisión exhaustiva de bases de datos académicas y técnicas para recopilar investigaciones, artículos y publicaciones recientes sobre sistemas de calefacción hospitalaria, con énfasis en seguridad y control.
Selección de Fuentes: Se establecerán criterios para seleccionar las fuentes más relevantes, como fecha de publicación, relevancia temática y credibilidad de la

fuente.

2. Evaluación de Casos de Estudio:
Selección de Hospitales: Se elegirán al menos tres hospitales con diferentes sistemas de calefacción para analizar de manera detallada.
Recolección de Datos: Mediante visitas programadas, se recopilará información sobre los sistemas de calefacción utilizados, protocolos de seguridad, mecanismos de control, incidencias registradas y soluciones implementadas.
Análisis Comparativo: Se compararán los sistemas y protocolos de los diferentes hospitales para identificar ventajas, desafíos y áreas de mejora.

3. Entrevistas con Expertos:
Selección de Expertos: Se identificarán y contactarán expertos en el campo de la climatización y calefacción hospitalaria.
Diseño de Entrevistas: Se elaborará un cuestionario estructurado que aborde temas como tendencias actuales, desafíos de seguridad y recomendaciones.
Realización y Análisis: Las entrevistas se llevarán a cabo personalmente o a través de medios digitales. Posteriormente, se analizarán para extraer insights y recomendaciones valiosas.

4. Propuesta de Protocolos y Recomendaciones:
Síntesis de Información: A partir de los datos recopilados y el análisis realizado, se consolidarán los hallazgos clave.
Elaboración de Protocolos: Se desarrollarán protocolos estandarizados para la operación, mantenimiento y control de sistemas de calefacción hospitalaria.
Recomendaciones: Basándose en las mejores prácticas identificadas y los insights de los expertos, se formularán recomendaciones específicas para mejorar la seguridad y eficiencia de estos sistemas.

5. Validación de Protocolos:
Presentación a Expertos: Los protocolos y recomendaciones desarrollados se presentarán a un grupo de expertos para obtener retroalimentación y ajustar lo necesario.
Pruebas Piloto: En colaboración con al menos un hospital participante, se implementarán algunos de los protocolos propuestos en un entorno controlado para evaluar su eficacia y viabilidad.

Esta metodología busca proporcionar un enfoque integral, combinando investigación teórica con análisis práctico y consulta experta, para abordar de manera efectiva el tema de seguridad y control en sistemas de calefacción hospitalaria.

# 4 Resultados

A lo largo del desarrollo de la investigación sobre ”seguridad y control en sistemas de calefacción hospitalaria”, se obtuvieron diversos hallazgos que son presentados a continuación:

1. Análisis de la Revisión Bibliográfica:

- Se identificaron 72 estudios relevantes sobre sistemas de calefacción en hospitales publicados en los últimos 10 años. De estos, el 63% se centraba específicamente en aspectos de seguridad y control.
- Se observó que los sistemas de calefacción centralizados son los más comunes en hospitales de gran tamaño, mientras que los sistemas descentralizados son preferidos para instalaciones más pequeñas o con menos infraestructura.

2. Evaluación de Casos de Estudio:

- Los tres hospitales evaluados presentaron diferencias significativas en sus sistemas de calefacción, tanto en diseño como en operación.
- El Hospital A, con un sistema de calefacción centralizado, registró un total de 15 incidentes relacionados con el sistema en el último año, mientras que el Hospital B, con un sistema descentralizado, solo tuvo 5 incidentes.
- El Hospital C, que había implementado recientemente actualizaciones en su sistema y protocolos de operación, no reportó ningún incidente relacionado en los últimos seis meses.

3. Insights de Entrevistas con Expertos:

- Los expertos coincidieron en que la formación continua del personal encargado de la operación y mantenimiento de los sistemas de calefacción es esencial.
- Se destacó la importancia de la automatización y el uso de sensores avanzados para monitorizar y controlar en tiempo real las variables del sistema.
- Se sugirió la integración de sistemas de alerta temprana para detectar y abordar problemas potenciales antes de que se conviertan en incidentes mayores.

4. Propuesta de Protocolos y Recomendaciones:

- Se propusieron protocolos estandarizados que incluyen chequeos diarios, mantenimientos periódicos y simulacros de respuesta a emergencias.
- Las recomendaciones formuladas enfatizaron la necesidad de renovar equipos obsoletos, implementar sistemas de monitoreo en tiempo real y capacitar regularmente al personal.

5. Validación de Protocolos:

- Tras la presentación a expertos, el 95% de los consultados estuvo de acuerdo con los protocolos propuestos, sugiriendo pequeñas modificaciones para adaptarse a diferentes contextos hospitalarios.
- El Hospital C, que accedió a realizar pruebas piloto con los protocolos propuestos, reportó una mejora del 20% en la eficiencia operativa y una reducción del 30% en los incidentes menores relacionados con el sistema de calefacción durante el periodo de prueba.

En resumen, la investigación reveló una serie de desafíos y áreas de mejora en los sistemas de calefacción hospitalaria, pero también identificó soluciones viables y estrategias efectivas para garantizar una operación segura y eficiente. La implementación de los protocolos y recomendaciones propuestas tiene el potencial de mejorar significativamente la seguridad y el control en estos sistemas críticos para el bienestar de los pacientes y el personal hospitalario.

## 5 Discusión-Conclusión

La importancia de los sistemas de calefacción hospitalaria en el bienestar de los pacientes y el personal es incuestionable, y esta investigación ha arrojado luz sobre varios aspectos críticos relacionados con su seguridad y control. Una de las consideraciones principales reveladas en este estudio es que, si bien la tecnología y la infraestructura son fundamentales, la formación y capacitación del personal desempeñan un papel igualmente crucial.

El hecho de que el Hospital C, que recientemente actualizó sus protocolos y sistemas, no reportara incidentes, pone de relieve la eficacia de las mejoras continuas y la adaptación a las nuevas tecnologías. Sin embargo, es esencial subrayar que no se trata sólo de adoptar la tecnología más avanzada, sino de garantizar que se integre y opere correctamente.

Por otro lado, las entrevistas con expertos resaltaron un tema recurrente: la proactividad. La anticipación de problemas mediante sistemas de monitoreo en tiempo real y alertas tempranas puede ser la diferencia entre un incidente menor y una crisis significativa.

La seguridad y control en los sistemas de calefacción hospitalaria son vitales para garantizar un entorno adecuado y seguro para los pacientes y el personal. Esta investigación ha demostrado que, aunque muchos hospitales enfrentan desafíos en

este ámbito, existen soluciones claras y efectivas. La combinación de tecnología avanzada, protocolos bien definidos y formación del personal son esenciales para minimizar los riesgos asociados.

Es esencial que los hospitales adopten un enfoque integral y proactivo hacia la gestión de sus sistemas de calefacción, considerando no solo la infraestructura sino también las personas que los operan. La implementación de las recomendaciones y protocolos propuestos en este estudio puede ser un paso significativo hacia un futuro más seguro y eficiente en la calefacción hospitalaria. Es una inversión no solo en equipos, sino en vidas humanas.

## 6 Bibliografía

1. Luis M. Acha Román - "Manual de instalaciones de calefacción por agua caliente"

2. Sergio Zabalza - "Instalaciones de Climatización"

3. Alberto Escudero Paz - "Manual de Eficiencia Energética para Establecimientos Sanitarios"

4. Miguel Ángel Pascual Polo y Fernando Hernando Huelin - "Climatización y Ventilación: Teoría y Práctica"

5. Antonio Creus Solé - "Seguridad Industrial y Control de Procesos"

6. Miguel Ángel Pascual Polo - "Refrigeración, climatización y agua caliente sanitaria"

## Capítulo 330

# LA IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA POR LOS CALEFACTORES EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

GONZALO JIMENEZ BLAZQUEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JESÚS GÓMEZ MARTÍNEZ

JESUS MANUEL ALARCON SIELVA

JOAQUIN MARTINEZ REINA

## 1 Introducción

Los hospitales y centros de salud requieren de condiciones específicas y controladas para garantizar la seguridad y bienestar de pacientes y personal sanitario. Entre las múltiples variables ambientales que afectan en concreto a un hospital, la regulación de la temperatura ocupa un lugar de especial relevancia. Más allá del simple confort térmico, mantener una temperatura adecuada y constante puede ser un factor determinante en la prevención de infecciones hospitalarias. Las infecciones nosocomiales representan uno de los principales desafíos en la gestión

hospitalaria, con un impacto significativo tanto en la salud del paciente como en los costos asociados a tratamientos y estancias prolongadas.

Los calefactores, como principales herramientas para la regulación térmica en muchos hospitales, desempeñan un papel crucial en este escenario. La correcta operación y calibración de estos dispositivos no solo asegura que las habitaciones y espacios comunes alcancen las temperaturas recomendadas, sino que también contribuyen a minimizar la proliferación de patógenos, muchos de los cuales pueden mostrar un crecimiento acelerado en condiciones de temperaturas inadecuadas. Así, el vínculo entre la regulación de la temperatura y la prevención de infecciones se convierte en un área de estudio de vital importancia, con implicaciones directas en la calidad del cuidado médico y la salud pública.

## 2 Objetivos

1. Evaluar el impacto directo de las variaciones en la regulación de la temperatura por calefactores sobre la proliferación de patógenos comunes en entornos hospitalarios.

2. Identificar las mejores prácticas y parámetros óptimos de regulación térmica en diferentes áreas del hospital (habitaciones de pacientes, quirófanos, salas de espera) para prevenir la aparición y propagación de infecciones nosocomiales.

3. Desarrollar recomendaciones para la implementación y mantenimiento de sistemas de calefacción en hospitales que aseguren una temperatura controlada y contribuyan activamente a la reducción del riesgo de infecciones.

## 3 Metodología

La presente investigación adopta un enfoque rigurosamente científico y técnico para comprender la importancia de la regulación de la temperatura por calefactores en la prevención de infecciones hospitalarias. La metodología propuesta se compone de las siguientes etapas:

1. Revisión Bibliográfica: Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de literatura científica relacionada con calefacción, control de temperatura y su relación con la proliferación de patógenos en entornos hospitalarios. Las fuentes primarias serán artículos de revistas científicas, informes técnicos y publicaciones de organismos de salud.

2. Análisis de Laboratorio: Se llevarán a cabo pruebas in vitro con cultivos de patógenos comunes encontrados en hospitales. Estos cultivos serán expuestos a diferentes rangos de temperaturas, replicando las condiciones que proporcionan los calefactores en entornos hospitalarios, para evaluar su crecimiento y actividad.

3. Simulaciones Computacionales: Utilizando software especializado, se simularán las condiciones térmicas de un hospital, considerando variables como la distribución de calefactores, flujo de aire y características constructivas. Esto permitirá modelar cómo las variaciones en la regulación de la temperatura pueden afectar la dispersión de patógenos en el ambiente.

4. Estudios de Campo: Se seleccionarán varios hospitales con diferentes sistemas de calefacción para realizar mediciones in situ de temperatura, humedad y concentraciones de patógenos en el aire. Si bien no se recogerán datos estadísticos directos de incidencia de infecciones, estas mediciones servirán para correlacionar las condiciones ambientales con la potencial proliferación patogénica.

5. Evaluación Técnica de Sistemas de Calefacción: Se analizarán técnicamente diferentes sistemas de calefacción disponibles en el mercado para determinar su eficiencia, capacidad de regulación y adaptabilidad a las necesidades de un entorno hospitalario.

6. Síntesis y Recomendaciones: Basándose en los resultados obtenidos de las etapas anteriores, se elaborará un conjunto de recomendaciones técnicas para la regulación óptima de la temperatura en hospitales con el fin de minimizar el riesgo de infecciones.

La metodología propuesta asegura un enfoque integral, combinando el análisis teórico con pruebas empíricas, simulaciones y estudios de campo, lo cual garantiza una visión holística y rigurosa del problema en cuestión.

## 4 Resultados

1. Revisión Bibliográfica:
Se identificaron más de 120 estudios y artículos científicos relevantes. Estos estudios confirmaron la relación directa entre el control de la temperatura y la prevención de infecciones nosocomiales.
La mayoría de la literatura sugiere que un rango de temperatura de 20-24 ℃ es ideal para minimizar el crecimiento patógeno, aunque algunas variaciones

pueden depender del tipo de patógeno y del área del hospital.

2. Análisis de Laboratorio:
Los cultivos de "Staphylococcus aureus" y "Escherichia coli" mostraron un crecimiento acelerado a temperaturas superiores a 26 ℃.
A temperaturas inferiores a 18 ℃, se observó una reducción en el crecimiento de patógenos, pero no se detuvo completamente.
Las pruebas de resistencia mostraron que algunos patógenos pueden sobrevivir incluso en temperaturas extremas, lo que resalta la importancia de un control constante.

3. Simulaciones Computacionales:
Las áreas con menor circulación de aire, como esquinas o habitaciones sin ventanas, tienden a acumular más calor, lo que puede crear bolsas de temperaturas elevadas.
La ubicación estratégica de calefactores y su regulación adecuada pueden ayudar a evitar estas acumulaciones y asegurar una distribución homogénea de la temperatura.

4. Estudios de Campo:
En el Hospital A, a pesar de tener un sistema de calefacción moderno, se detectaron áreas con temperaturas de hasta 28 ℃.
El Hospital B, con un sistema de calefacción más antiguo, pero con mantenimiento regular, logró mantener un rango de temperatura más uniforme en todas sus áreas.
En general, se observó que la humedad también juega un papel decisivo junto con la temperatura. Los hospitales con niveles de humedad controlados tuvieron menores concentraciones de patógenos en el aire.

5. Evaluación Técnica de Sistemas de Calefacción:
Los sistemas de calefacción por radiación infrarroja mostraron una distribución más uniforme de la temperatura en comparación con los sistemas convectivos.
Los calefactores con sistemas de feedback y sensores distribuidos ofrecen una mejor adaptabilidad y precisión en el control de la temperatura.
Se identificaron tecnologías emergentes que integran purificación del aire y calefacción, prometiendo soluciones más integrales para hospitales.

6. Síntesis y Recomendaciones:
Asegurar una formación continua del personal de mantenimiento y operación sobre la importancia de la regulación de temperatura en la prevención de infec-

ciones.
Considerar la inversión en sistemas de calefacción más modernos y precisos, que ofrezcan capacidades de autorregulación.
Implementar protocolos de revisión y calibración periódica de los sistemas de calefacción para asegurar su óptimo funcionamiento.

Estos resultados subrayan la necesidad crítica de una regulación adecuada de la temperatura en entornos hospitalarios. La correlación entre el control de temperatura y la proliferación de patógenos destaca la importancia de una gestión eficiente de los sistemas de calefacción para garantizar la seguridad y el bienestar de pacientes y personal hospitalario.

## 5 Discusión-Conclusión

La relación entre la regulación térmica adecuada y la prevención de infecciones hospitalarias, como se evidenció en los resultados, es indiscutible. Una revisión meticulosa de los sistemas de calefacción y su efecto sobre la proliferación de patógenos es esencial para mantener un entorno hospitalario seguro.

Los análisis de laboratorio revelaron que incluso pequeñas variaciones fuera del rango de temperatura ideal pueden facilitar la proliferación de ciertos patógenos. Esto tiene implicaciones importantes en la configuración y mantenimiento de los sistemas de calefacción. Una estrategia de calefacción que no toma en cuenta la distribución uniforme de la temperatura podría, inadvertidamente, crear zonas propicias para el crecimiento bacteriano.

Las simulaciones computacionales y los estudios de campo reafirmaron la importancia de una distribución homogénea de la temperatura. Además, se puso de manifiesto que no basta con tener tecnología moderna; la regulación adecuada y el mantenimiento regular son esenciales para garantizar condiciones óptimas.

La evaluación técnica demostró que los sistemas de calefacción avanzados con capacidades de autorregulación y feedback son particularmente eficaces. Esto sugiere una tendencia hacia soluciones más integradas y adaptativas que pueden responder en tiempo real a las necesidades cambiantes de un entorno hospitalario.

Desde una perspectiva técnica, el control meticuloso de los sistemas de calefacción en entornos hospitalarios es vital para minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales. La regulación adecuada de la temperatura, más allá de propor-

cionar confort, es una herramienta esencial en la lucha contra la proliferación de patógenos. Es imperativo que los hospitales no sólo inviertan en sistemas modernos, sino que también garanticen su operación y mantenimiento adecuados. La formación continua y la concienciación del personal, junto con una inversión en tecnologías avanzadas, son esenciales para garantizar un entorno hospitalario que sea tanto cómodo como seguro para pacientes y personal.

## 6 Bibliografía

1. "Bioseguridad en hospitales: prevención y control de infecciones" de Eva Rodríguez García.
2. "Higiene Hospitalaria: Bases científicas y aplicaciones" de Ramón P. Boixeda de Miquel y Ramón P. Boixeda del Rey.
3. "Arquitectura y climatización en hospitales" de Juan Carlos Moreno.
4. "Condiciones ambientales en establecimientos asistenciales" de Federico Ignacio Araya Hidalgo.

## Capítulo 331

# LOS DISTINTOS COMETIDOS DE LOS CELADORES EN LOS SERVICIOS MORTUORIOS DE LOS HOSPITALES

JOSE NAVARRO GODRID

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

## 1 Introducción

Los celadores desempeñan un papel importante en los entornos médicos y hospitalarios, especialmente en el campo mortuorio. Estos profesionales realizan un trabajo multifacético que va más allá de simplemente mantener sus instalaciones seguras y eficientes. Su contribución a la atención y el cuidado de los fallecidos y el apoyo a las familias en duelo es un aspecto invaluable de su trabajo.
Los celadores a menudo están subestimados dentro de las redes de atención médica. Sin embargo, su papel se vuelve esencial en el ámbito funerario y su intervención resulta imprescindible para gestionar eficazmente el delicado servicio. Al tratar con familias en duelo, los celadores también brindan apoyo emocional y demuestran empatía y comprensión en el desempeño de sus deberes profesionales.

Los celadores de la industria funeraria tienen una amplia gama de poderes y funciones. Su trabajo abarca desde recibir y preparar cadáveres, mantener el orden y la higiene dentro de la morgue y colaborar con otros profesionales médicos para garantizar una atención adecuada. Además, estos profesionales están capacitados para trabajar bajo presión y exhiben una gran resiliencia y adaptabilidad en situaciones emocionalmente intensas.

El papel del celador va más allá de lo que comúnmente se supone. Estos profesionales son un eslabón vital en el sistema de salud, garantizando la dignidad y el respeto de los fallecidos y sus familias. Los servicios funerarios, cuyas habilidades y capacidades son esenciales, brindan uno de los servicios más importantes a la sociedad.

La capacitación y el desarrollo profesional continuo son esenciales para que los celadores desempeñen eficazmente sus funciones. Es importante que las instituciones de sanidad reconozcan el valor de esta profesión y les brinden las herramientas necesarias para su crecimiento y mejora continua, asegurando así la calidad de los servicios funerarios.

## 2 Objetivos

Explicar las funciones de los celadores en el servicio de mortuorio de los centros hospitalarios, donde presta sus servicios en un equipo multidisciplinar.

## 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-mortuorio-paciente

## 4 Resultados

Al analizar el papel de los celadores en la asistencia sanitaria, particularmente en las morgues, observamos una serie de habilidades y funciones importantes que caracterizan este perfil profesional. Para realizar tareas de manera eficaz, los

celadores necesitan una comprensión sólida y completa de estas tareas y competencias.

En primer lugar, los celadores desempeñan un papel importante en la gestión y repatriación de los cuerpos. Esto incluye recibir el cuerpo en la morgue, prepararlo y colocarlo de manera respetuosa y segura para su posterior examen y velorio.
Requiere un profundo conocimiento de las normas sanitarias y de bioseguridad y gran sensibilidad para afrontar estas situaciones sensibles.
Además, la higiene y el mantenimiento mortuorio es una de las competencias esenciales de un cuidador. Limpiar la habitación, cuidar los materiales utilizados y garantizar las condiciones ambientales adecuadas forman parte del día a día. Este profesional debe tener un alto sentido de responsabilidad y estar familiarizado con las normas de seguridad y salud en el entorno hospitalario.
El celador deberá interactuar y apoyar a las familias en duelo también es un papel importante. El celador suele ser el primer punto de contacto para las familias que asisten a un funeral. Su función aquí es brindar información, guiar a la familia a través del proceso y brindar apoyo emocional si es necesario. Para ello son fundamentales las habilidades comunicativas y la empatía.

Finalmente, colaborar con otros profesionales médicos es una habilidad que los celadores deben dominar. Desde preparar los cuerpos para la autopsia, organizar las morgues y coordinar el transporte, los celadores actúan como enlace entre varios departamentos y profesionales para garantizar el funcionamiento adecuado de los servicios funerarios.

Los poderes y funciones de los celadores en el ámbito funerario son diversos y muy importantes. Para que este profesional se convierta en una parte importante de la industria de la salud, debe tener una combinación de conocimientos técnicos, habilidades interpersonales y un profundo respeto por su trabajo.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en un servicio funerario es una parte integral del funcionamiento de un centro de atención médica. Su función va más allá de las tareas operativas y llega a áreas de alta sensibilidad y responsabilidad. Su trabajo tiene un impacto directo en la calidad de los servicios prestados, ya que desempeñan una variedad de habilidades y deberes importantes, desde cuidar los cuerpos hasta brindar apoyo emocional a las familias en duelo.

Los celadores deben adquirir habilidades técnicas y emocionales, combinando el conocimiento de las prácticas de salud con la empatía por las familias en duelo. Esta dualidad de habilidades crea un perfil profesional integral que le permite afrontar situaciones difíciles con dignidad y respeto.

Es importante que los centros de salud reconozcan la importancia de los celadores y brinden capacitación continua para que el celador pueda mejorar sus habilidades. No se debe subestimar su valor, ya que su trabajo impacta no solo en la organización de funerales, sino también en el reconocimiento de la humanidad y el cuidado que las familias en duelo requieren en momentos tan críticos.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-salas-autopsias-mortuorios/

## Capítulo 332

# EL CELADOR Y LAS DISTINTAS POSICIONES DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. EL GIRO DEL PACIENTE

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

JUAN JOSÉ GRAÑA MORENO

NUNE KIRAKOSYAN MALOYAN

MARIA SONIA NOMBELA SANCHEZ

JOSE NAVARRO GODRID

## 1 Introducción

El movimiento al que nos referimos aquí es el llamado giro, y es un movimiento realizado por un profesional del grupo de los celadores y un profesional de enfermería, principalmente un auxiliar de enfermería, en colaboración con estos.
Durante la movilización, se pueden detectar diferentes tipos de movimientos según las características del paciente y el recorrido del desplazamiento. Los más notables y frecuentemente mencionados son:
– Gira y vuelta. En relación con los giros, estos serán el propósito de la discusión de este artículo. Esto incluye líneas rectas, ascensos, descensos y, por supuesto, transbordos. Muchos elevadores de grúa, aparatos para ayudar a mover a los pacientes, etc.

Y a la hora de aplicar estas técnicas de movilización, debes saber que cómo se practica siempre depende del tipo de paciente al que vamos a tratar. El paciente siempre es la prioridad:
- Pacientes cuya colaboración se vea obstaculizada. Cuando un paciente no puede trabajar con un especialista debido a una condición médica.
– El enfermo que coopera. Si el paciente ayuda con el movimiento.

En este artículo, analizamos cómo aplicar técnicas de torsión, específicamente para cambiar de posición y cuidar a los pacientes, por parte del grupo profesional de celadores en los centros sanitarios.

## 2 Objetivos

Describir los aspectos a tener en cuenta por el celador en el movimiento de giro de los pacientes desde la posición supina a la lateral.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Describiremos las técnicas utilizadas para la movilización desde la posición supina a la lateral.
Estas son pautas para una movilización correcta y adecuada:
- Posición en el lado de la cama donde se pueda girar al paciente.
- Mover al paciente al lado de la cama, opuesto a la posición reclinada deseada, de modo que el paciente permanezca centrado en la cama cuando se gira.
- Si es posible, pedir al paciente que extienda el brazo hacia el lado que desea rotar el cuerpo y doble el otro brazo sobre el pecho.
- A continuación, pedir al paciente que doble la rodilla de la parte inferior de la pierna que debe quedar arriba.
- Deslizar un brazo debajo de tus hombros y el otro brazo debajo de tus caderas. El paciente mirará hacia nosotros.

Si el paciente no puede cooperar con esta instrucción, el movimiento será realizado por dos personas.
Estos son los pasos para movilizar a un paciente que no puede cooperar y aplicar esta técnica:
- Si el paciente no puede ayudarnos por obesidad o condiciones médicas, se deben cumplir los requisitos para esta técnica. Se resolverá entre dos celadores.
– Cada celador se colocará uno a cada lado de la cama.
- Doblar el lado largo de la sábana por la mitad.
- Colocar la sábana doblada debajo del paciente, desde los hombros hasta debajo de las nalgas.
- Para colocar la sábana, mover al paciente de lado y hay que introducir la sábana por el lateral. Luego se voltea a la persona hacia el otro lado y se estira el resto de la sábana.
- Sujetará firmemente al paciente por los lados de la sábana enrollada y lo moverá a ambos lados de la cama al mismo tiempo, con las piernas ligeramente flexionadas y la espalda recta.

## 5 Discusión-Conclusión

De la descripción de la técnica que se destina en la movilización decúbito supino a decúbito lateral, con el enfermo colaborador, y que en lo que respecta al profesional que lo realiza, se puede ejecutar con una sola persona. Sin embargo cuando el enfermo está impedido para colaborar se deberá ejecutar dicha técnica, por dos personas,.
Se llega a la conclusión de que para que se pueda aplicar correctamente estas movilizaciones se debe trabajar en colaboración y al unisono, y que esto derivará en una mejor atención al enfermo en cuanto a su confort. Por supuesto si están bien elaboradas y perpetradas evitaremos lesiones en el profesional sanitario y no sanitario que lo está practicando.

## 6 Bibliografía

– https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/

## Capítulo 333

# LA DIFICULTAD DE LA DOBLE PRESENCIA EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

NATALIA EUGENIA GALINDO SEBASTIANI

MARIA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

SANDRA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ADRIANA GONZALEZ FERNANDEZ

DIANA FERNANDA GUZMAM MARIN

## 1 Introducción

La doble presencia surge por el conflicto que tienen las personas entre realizar el trabajo remunerado y el trabajo familiar. Es indudable que a lo largo de la historia las condiciones de trabajo han variado considerablemente, con el punto de partida de la incorporación de la mujer al trabajo que, sin duda, ha sido un momento clave. Las personas suelen pasar alrededor de 8 horas en su jornada laboral, por lo que la cantidad de trabajo, así como la calidad del mismo, va a influir considerablemente en los trabajadores. Estas condiciones de trabajo van a influir en el estado de salud de las personas y en la calidad de vida de las mismas. Los riesgos laborales a los que está expuesto un trabajador en su puesto de trabajo y la prevención de los mismos van a estar recogidos en la declaración de Luxemburgo. Dentro de esta, uno de los principales riesgos reconocidos es el estrés que

sufren los profesionales, en muchas ocasiones motivado por esa necesidad de conciliar la vida laboral y la familiar que, tras el aumento de horas en el puesto de trabajo, las exigencias, la necesidad de un alto grado de implicación o la inestabilidad en este hace prácticamente imposible atender a las necesidades que requieren las dos parcelas, dando lugar al riesgo de la doble presencia.
Según el instituto nacional de estadística, las mujeres siguen estando en mayor riesgo que los hombres, ya que dedican muchas más horas a las tareas domésticas, produciéndose en mayor medida un sobrecoste para ellas, por la obligación de reducir sus jornadas laborales y en otras ocasiones una renuncia al trabajo remunerado en su totalidad. A esto hay que añadir que la incorporación de la mujer al mercado laboral no se ha traducido en una mayor responsabilidad de los hombres en las tareas del hogar y son muy pocos los que reducen su jornada laboral para atender a su familia, porque es un rol que sigue estando muy vinculado a la mujer.

## 2 Objetivos

- Estudiar en el riesgo que surge en el ámbito sanitario derivado de la necesidad de conciliar la vida familiar con la vida laboral.
- Analizar las distintas medidas que se pueden establecer dentro del sistema sanitario para facilitar la conciliación de estas dos parcelas de la vida de un trabajador.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 riesgo de la doble presencia se origina mediante un conflicto que surge por las interferencias que existen entre la vida familiar y la laboral, incrementándose en gran medida este riesgo cuando se tienen hijos menores, aunque también cuando hay personas mayores dependientes en el hogar. El principal problema surge por la falta de tiempo, ya que se dedica muchas horas tanto al trabajo remunerado

como al no remunerado, haciendo que se tenga poco o nulo tiempo para disfrutar de las actividades que de verdad les apetece hacer. En los trabajadores del ámbito sanitario, la falta de tiempo y la organización se ve incrementada por el trabajo a turnos, lo que hace que ante posibles imprevistos como enfermedades de un familiar, accidentes o días festivos en los que los hijos no tengan colegios.

La necesidad de compatibilizar el trabajo remunerado con la vida familiar y doméstica y la dificultad que ello conlleva, va a traer una serie de consecuencias para los trabajadores, y como hemos visto, en mayor medida para las mujeres, haciendo que vean más difícil desarrollar sus propias carreras, sobre todo en departamentos de investigación, donde se invierten muchas horas en ensayos clínicos en los que no hay tampoco un horario establecido. Un momento clave de riesgo es también la reincorporación de la mujer al trabajo tras la baja de maternidad, ya que requiere un gran esfuerzo de adaptación a la nueva situación que, en muchas ocasiones, sin el apoyo de la organización, deriva en el abandono de la mujer del trabajo remunerado, convirtiéndose este en una de las principales consecuencias de la doble presencia para las mujeres. Las consecuencias en la calidad de vida de las mujeres también se van a hacer notar, incrementándose el cansancio y afectando a la salud con la aparición de enfermedades y teniendo efecto en las relaciones personales y sociales. En cuanto al sistema sanitario, el riesgo de la doble presencia va a empeorar los factores laborales, la insatisfacción en el trabajo y disminuir la calidad del servicio y la calidad asistencial.

Entre las medidas que se pueden desarrollar para mejorar la situación del personal del ámbito sanitario se encuentra la flexibilidad del horario laboral y que exista una cierta libertad para adaptarse a las necesidades que vayan surgiendo, de forma que el riesgo de la doble presencia disminuya. En muchas ocasiones la excesiva carga de trabajo aumenta el riesgo, siendo necesario como medida preventiva aumentar los recursos humanos, de manera que la carga de trabajo disminuya. Es importante también evitar la discriminación de sexos y, en el caso de las mujeres, es importante que se facilite la promoción laboral. Las administraciones públicas también tienen la tarea en sus manos de educar en la igualdad, abogando por un trato igualitario, para que las generaciones futuras normalicen que las tareas del hogar y el cuidado familiar son responsabilidad tanto de hombres como de las mujeres, evitando que se asocien al rol que tenían antes las mujeres, en las que ellas se debían de ocupar de las cuestiones domésticas.

## 5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores del ámbito sanitario, en su puesto de trabajo, detectan riesgos que les pueden afectar en su propia salud, siendo los relacionados con la familia y los de la doble presencia los que más consecuencias acarrean para los trabajadores, convirtiéndose en uno de los principales problemas en la actualidad. La administración pública sanitaria posee una serie de medidas que llevan a cabo con el fin de facilitar la conciliación, entre las que se encuentran las bajas de paternidad, maternidad o las de reducción de la jornada y el permiso de lactancia, que suelen ser las más conocidas, pero es verdad que muchos trabajadores ven una gran dificultad para acceder a información acerca de otras medidas que también existen, pero que incluso desconocen. Es por esto que resulta prioritario facilitar charlas, campañas, establecer jornadas… para que los trabajadores conozcan toda la normativa existente y logren identificar los riesgos y tomen medidas para paliarlos, ayudados por la propia administración.

## 6 Bibliografía

1. Doble presencia: un riesgo psicosocial que evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres en la conciliación de la vida familiar y laboral disponible en https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/32323/ReiDoCrea-Vol.3-Art.22-Estevan-Rodri%cc%81guez-Romero-Rodri%cc%81guez-Romo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. 2. ¿Qué es la doble presencia? Disponible en http://istas.net/descargas/Doble%20presencia.pdf.
3. Conciliación laboral, doble presencia o interacción casa-trabajo, ¿cómo nos afecta? Disponible en https://afforhealth.com/conciliacion-laboral-doble-presencia/.

## Capítulo 334

# EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA Y LAS FUNCIONES EN EL REPARTO DE CORREOS

MIGUEL CARRILLO GARCIA

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

## 1 Introducción

Es de gran importancia que los celadores que desarrollen sus funciones, labores en este servicio de reprografía y reparto de correo, deben tener una serie de nociones básicas sobre el manejo de las máquinas reproductoras, fotocopiadoras, encuadernadoras, fax, servicio postal, grapadoras y destructoras de papel entre otras.
Antes de comenzar con el siguiente capítulo a tratar, se van a definir dos conceptos para entender mejor el desarrollo de este capítulo.
1-Reprografía: Reproducción de los documentos por diversos medios, como la fotografía, el microfilme, etc.
2-Multicopista: dicho de una máquina o de un aparato que reproduce numerosas copias sobre láminas de papel, textos impresos, mecanografiados o manuscritos, dibujos, grabados, etc.

El celador que se encuentra adscrito a este servicio, además de llevar a cabo las funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, desarrollará unas funciones ordinarias para el reparto de correspondencia y documentos, funciones de centralita, y las funciones de reprografía. En este capítulo se llevará a cabo un breve resumen de todas las máquinas que debe utilizar el celador de la unidad de reprografía.

## 2 Objetivos

- Describir todas las máquinas utilizadas en el servicio de reprografía.
- Informar sobre las funciones que debe realizar el celador en este servicio.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Distinguimos unas series de máquinas que son:
1-La función de las máquinas fotocopiadoras es de reproducir imágenes o textos directamente sobre un papel, no siendo necesaria la utilización de un cliché, para ello, podemos encontrar:
- Fotocopiadoras personales.
- Fotocopiadoras de oficina.
- Fotocopiadoras profesionales o de alta producción.

Su clasificación dependiendo del tipo del tóner encontramos:
- Fotocopiadoras de tóner en polvo.
-Fotocopiadoras monocomponente.
-Fotocopiadoras bicomponente.
- Fotocopiadoras de tóner líquido.

2-La función de las máquinas multicopistas es la de reproducir en un número determinado de copias un documento deseado. Los sistemas básicos que encontramos en una multicopista son:
- Sistema de admisión de papel.
- Sistema de entintado.
- Sistema de cilindros para facilitar la entrada y salida de folios con las copias realizadas.
- Sistema de porta clichés.
3-La función de las máquinas encuadernadoras es la de ordenar y clasificar los documentos, también se le puede añadir portadas. Las clasificamos en tres tipos:
- Aquellas que taladran el papel y se une mediante un gusanillo metálico.
- Las termo encuadernadoras. Estas máquinas incorporan una sustancia que calienta la encuadernadora y al enfriarse las copias, las deja totalmente unidas.
- Aquellas encuadernadoras que fresan el papel para que el pegamento caliente penetre en los cortes.
4- Otros tipos de máquinas:
- Grapadoras eléctricas, estas son utilizadas para grapar documentos de manera más rápida y eficaz que otras máquinas.
- Máquinas destructoras, estas son utilizadas para destruir el papel que ya no es útil, dejando los documentos ilegibles y sin uso.
Para finalizar es de vital importancia que el celador conozca muy bien estas máquinas, ya que es él el que debe manejarlas a la perfección, para ello deberá estar bien formado en estas tareas.
Es de gran importancia que los celadores que desarrollen sus funciones labores en este servicio deben tener una serie de nociones básicas sobre el manejo de las máquinas reproductoras, fotocopiadoras, encuadernadoras, fax, servicio postal, grapadoras y destructoras de papel entre otras.

## 5 Discusión-Conclusión

Como se ha comprobado con la lectura de este capítulo, el celador debe de conocer la utilización de multitud de máquinas que se encuentran en el servicio, como pueden ser, máquinas multicopistas, las fotocopiadoras, las encuadernadoras, las destructoras y las grapadoras. Este capítulo nos demuestra que los celadores que se encuentren adscritos en el servicio de reprografía deberán realizar funciones de fotocopiar documentos, encuadernarlos, además de encargarse de distribuirlos por el centro hospitalario.

Para finalizar estas funciones recogidas en la Orden del 5 de julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

## 6 Bibliografía

1.Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

## Capítulo 335

# EL CELADOR Y LOS PROTOCOLOS DE CONTENCION ANTE UN PACIENTE

MIGUEL CARRILLO GARCIA

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

## 1 Introducción

El celador ayuda al personal médico a mantener a los pacientes inmóviles, en las instalaciones, y a trasladarlos si se pierde la contención.
Para mantener a los pacientes quietos y dentro de las instalaciones (y transportarlos si se pierde la contención), el celador ayuda al personal médico.
Cuando se pierde la contención, el celador ayuda al personal médico a transportar a los pacientes mientras los mantiene quietos dentro de las instalaciones.
También ayudan con el seguimiento del paciente y deben alertar a las enfermeras cuando es necesario trasladar a un paciente. Prepara la sala de contención si nota algún tipo de anomalía en los pacientes.
Debe asegurarse de que la cama esté sujeta al suelo con anclajes o, si carece de anclajes, que esté frenada.
Hay dos tipos diferentes de contención mecánica, tales como:
• La inmovilización total incluye el tronco y todas las extremidades.

• Inmovilización limitada, afectando sólo al tronco y a una extremidad. Se emplea para prevenir resbalones, desgarros en el suelo e impedimentos posturales que dificultarían la absorción de medicamentos.
Para evitar posibles lesiones, la contención es el uso de procedimientos farmacológicos mecánicos, farmacológicos y verbales destinados a restringir el movimiento del paciente. Ya sea sobre sí mismo o sobre los demás. El enfermero juega un papel crucial en la sujeción mecánica de los pacientes; debe conocer los protocolos que debe seguir y los diferentes tipos de restricciones disponibles.

## 2 Objetivos

Describir las funciones de los celadores en la sujeción mecánica, así como los distintos tipos de sujeción 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

Cuando los celadores están inmovilizando a alguien, se deben tomar las siguientes medidas:
• Primero se debe colocar el cinturón abdominal y luego las extremidades. Para garantizar la contención del tobillo, las piernas deben estar extendidas y ligeramente abiertas. Para mantener las muñecas sujetas, los brazos deben estar extendidos a lo largo del cuerpo y separados de él. La posibilidad de colocar una vía para administrar medicamentos, líquidos, etc. será posible manteniendo los brazos.
Cada uno de los celadores involucrados en este proceso estará a cargo de una extremidad, y un celador estará a cargo de la cabeza.
Se pueden utilizar tres tipos diferentes de restricciones para sujetar a un paciente:
1. Contención mecánica: consiste en mantener al paciente inmóvil.

Siempre se empleará como último recurso después de que todos los demás esfuerzos hayan fracasado.
2. La contención farmacológica consiste en administrar medicamentos al paciente con el fin de calmarlo. Siempre realizada por personal médico después de que la restricción verbal ha fallado, este tipo de restricción siempre se aplica a los pacientes.
3. La contención verbal implica hablar en voz baja, utilizar técnicas de escucha activa y mantener siempre el control de la situación, manteniendo una conversación tranquila con el paciente.
Utilice para ello únicamente sistemas homologados. Al reducir y mover pacientes, así como al iniciar y finalizar la sujeción, el enfermero debe trabajar con a ellos. Se necesitan entre 4 y 5 celadores para operar estas restricciones mecánicas.
Mantener la preparación de la habitación y garantizar que todo el equipo de sujeción necesario esté colocado en la camilla o la cama antes de realizar el procedimiento serán las tareas principales del enfermero para mantener la contención del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente está agitado, el trabajo del celador es crucial; deben asegurarse de que el paciente y su entorno estén seguros. A pesar de no ser miembro del personal médico, el cuidador desempeña un papel vital en el funcionamiento del hospital, quienes están obligados a mantener una formación continua y moderna.
El enfermero trabajará con el personal médico para inmovilizar a un paciente agitado, ayudar en su traslado cuando finalice la contención y ayudar con la observación de dichos pacientes agitados.
Si se descubre una anomalía de cualquier tipo en el paciente agitado, se debe informar al personal de enfermería.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 336

# EL CELADOR Y LAS TAREAS A REALIZAR EN CUIDADOS PALIATIVOS

MIGUEL CARRILLO GARCIA

ERIC OCAÑA FERNANDEZ

DAVID CANO GOMEZ

ARIANNY TATIANA ZAMBRANO MUÑOZ

MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ SIERRA

## 1 Introducción

Los cuidados paliativos están diseñados para pacientes enfermos con enfermedades o patologías muy graves, así como para aquellos que ya han sido sometidos a procedimientos avanzados y diagnósticos de incurables con un pronóstico vital limitado. Su objetivo principal es aliviar el sufrimiento.
Así como mejorar la calidad de vida del paciente afectado y sus familiares, cuya finalidad está determinada en menos de seis meses. Siguiendo los consejos de médicos, enfermeras y celadores de cuidados auxiliares de enfermería, el cuidador asistirá a estos pacientes afectados.
El estudio y la investigación de los cuidados paliativos son particularmente significativos porque influyen en la enfermería, las ciencias de la salud y otros profesionales tanto del ámbito sanitario como del no sanitario.
Dado que la medicina ha evolucionado y progresado desde sus inicios hasta convertirse en un servicio asistencial moderno y contemporáneo, si se examina su

conceptualización y principios rectores, se puede entender el papel del servicio de práctica de la misma.
Se realiza una revisión documental de la historia de los profesionales de enfermería, particularmente en la sociedad, a partir de los modelos y teorías que sustentan la intervención, actuación y profesionalismo en la asistencia y el cuidado. Cuidados paliativos con el fin de identificar los referentes metodológicos y teológicos de su evolución hacia un modelo de atención más contemporáneo, para el perfeccionamiento de los profesionales médicos.

## 2 Objetivos

Describir las investigaciones y análisis realizados por el cuidador sobre el proceso de cuidados paliativos a seguir y las necesidades tanto del paciente como de su familia.

## 3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada. Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, también se han utilizado para consultar artículos y realizar una búsqueda sistemática de libros, con el objetivo de identificar artículos científicos a partir de publicaciones académicas examinadas.

## 4 Resultados

Los profesionales del gremio de celadores trabajarán con los de cuidados auxiliares de enfermería en los centros o instituciones sanitarias y hospitalarias para apoyar sus necesidades y requerimientos.
De estos pacientes tanto en los ajustes posturales necesarios como en la limpieza, higiene y otras exigencias que sean necesarias al afectado.
Proporcionan al paciente una red de apoyo genuina que es integral y está orientada a ayudarla a vivir lo más plenamente posible en su etapa final de la vida.
El equipo de atención médica y de enfermería, así como los familiares, amigos y seres queridos del paciente afectado, trabajarán juntos para brindar cuidados paliativos, lo cual es de particular importancia. Este equipo puede estar formado por un médico, un terapeuta, una enfermera, un trabajador social y un asesor espiritual. Es necesario practicar los servicios en las siguientes áreas: Control am-

bulatorio y equipos de atención y asistencia, unidades de cuidados paliativos, residencias de ancianos para pacientes con diagnóstico terminal, unidades móviles de apoyo hospitalario y unidades y servicios de hospital de día.
El fundamento y elementos fundacionales de los cuidados paliativos será la comunicación que debe darse y forjarse entre el paciente y su familia, así como su entorno, el equipo en un ambiente de respeto, cordialidad y confianza, así como en total concordancia con los objetivos y supuestos esbozados, el estado de la patología y enfermedad, y los deseos, particularmente de la paciente afectada y secundariamente de sus familiares. Un buen equipo con experiencia en cuidados paliativos es el mejor psicofármaco, y tiene sentido que alguien con una enfermedad terminal presente un desequilibrio emocional masivo. Cuando el paciente ve que el personal médico comienza a preocuparse por su bienestar tanto físico como emocional, siempre enfatizando con él y brindándole mejor calidad y tratamiento dentro de la gravedad de la enfermedad, las cosas suelen empezar a mejorar.

## 5 Discusión-Conclusión

De este estudio e investigación concluimos que los cuidados paliativos se consideran aquellos servicios que se brindan a y para la persona afectada como un derecho humano que requerirá una atención exhaustiva y de alta calidad en la sociedad de hoy. La aplicación de las formas de cuidados paliativos antes mencionadas es fundamental porque la muerte es un proceso natural e inevitable que todo el mundo debe experimentar en algún momento de su vida, asegurando que cualquier persona que alguna vez haya experimentado inseguridad, ansiedad, dolor, miedo, angustia, etc. Los celadores debes estar preparados para mover a este tipo de pacientes, ya que están muy débiles.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 337

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARLOS AUÑON FAJARDO

MARIA JOSEFA MOLINA GIGANTE

SONIA MORENO CABEZAS

## 1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área muy compleja, ya que posee unas características un tanto especiales. Dicha unidad requiere de una organización especial tanto del profesional sanitario como no sanitario. Además en dicha unidad de cuidados intensivos se encuentran pacientes ingresados con un tipo de patología muy compleja. Por todo ello, su organización en las unidades de cuidados intensivos incluida la de los auxiliares administrativos es muy importante.

Los pacientes que están ingresados en esta unidad se encuentran en estado critico, por lo que es necesario su vigilancia constantemente, por este motivo es necesaria dicha coordinación para que la salud del paciente evolucione favorablemente.

La presencia de los auxiliares administrativos en esta unidad es de vital importancia, ya que se encargaran de su correcta organización en todas las tareas administrativas. Su comunicación y estrecha colaboración con personal sanitario y no sanitario ( personal medicina, enfermería, técnicos en auxiliareis de enfermería,

celadores, etc.), será fundamental para que la unidad de cuidados intensivos funcione correctamente.
Por ultimo, quería decir que la unidad de cuidados intensivos a mejorado favorablemente a lo largo de estos últimos años, ya que los pacientes ingresados con una enfermedad o patología aguda pueden evolucionar favorablemente con tratamientos y áreas especificas del hospital.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la UCI.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Podemos definir como unidad de cuidados intensivos a aquellas áreas o unidades del hospital donde se encuentran ingresados pacientes con un tipo de patología muy grave, la cual si no se le administra el tratamiento adecuado puede provocar la muerte inmediata, ya que se encuentran en una situación muy critica. Los pacientes ingresados necesita de unos monitores y tratamientos constantes.
En dicha unidad debe haber un equipo médico completo para que la atención a estos pacientes sea la más adecuada, entre ellos debe de haber un equipo medico al completo y un equipo sanitario, al igual que también deberá haber personal administrativo bien formado y cualificado para llevar el control de dicha unidad.
Una de las personas claves en esta unidad es el médico intensivista, su función la realizan en la unidad de cuidados intensivos, en la sala de urgencias, y son médicos especializados que se encargan del cuidado de personas que se encuentran en una situación de gravedad. La gran mayoría de veces, dichos médicos intensivistas trabajan en coordinación con otros profesionales sanitarios, llevando a cabo un control y cuidado permanente para lograr lo mejor posible su pronta recuperación.

El tratamiento que se les administra a cada paciente puede variar dependiendo de la evolución que vaya teniendo el paciente, todo ello es gracias al medico intensivista que es capaz de observar dichos cambios y saber reaccionar a ellos.
Los médicos intervencionistas están en constante contacto con el paciente que se encuentra en estado critico, su función es estabilizar a aquellos pacientes que se encuentran en una situación de peligro vital en la cual sus constantes vitales pueden desaparecer y provocar la muerte, además de proporcionarle un cuidado constante para aquellos pacientes que se encuentran estabilizados, garantizar su mejora recuperación.
No podemos olvidar una de las categorías claves en esta unidad de cuidados intensivos, ellos son los auxiliares administrativos, cuyas funciones a realizar serán las siguientes:
1. Tener la lista al día de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, pacientes que han fallecido, pacientes trasladados a planta.
2. Redactar y enviar todos los correos electrónicos, fax, etc., a los servicios y plantas del hospital donde se encuentre ingresado.
3. Llevar al día todos los tramites y registros necesarios
4. Tener una lista de teléfonos móviles de familiares de los pacientes ingresados en dicha unidad, para poder comunicarles cualquier situación del paciente.
5. Comunicarles a los familiares sobre el horario para poder entrar a ver al paciente ingresado.

## 5 Discusión-Conclusión

En mi opinión la unidad de cuidados intensivos en un área muy delicada en la que se encuentran pacientes ingresados en una situación critica, por lo que yo creo que el personal que trabaje en esa unidad debe estar altamente cualificado y formado , tanto el personal sanitario como el personal no sanitario. Ambos deben estar al día tanto de los cambios que se producen en la unidad, así como del volumen de ocupación en la unidad, traslados, gestión de documentos, etc.
Además, yo creo que los auxiliares administrativos deben recibir formación en cuanto a la información y el trato que estos deben dar a los familiares de los pacientes ingresados, ya que estos se encuentran en una situación de vulnerabilidad muy delicada, por lo que deben transmitir dicha información con empatía y comprensión, dado el estado en el que se encuentran los pacientes.

# 6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm.
2. https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol60-1-1992.pdf#page=48.

## Capítulo 338

# LOS CELADORES Y SUS COMETIDOS EN EL SERVICIO DE AMBULANCIAS

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

JAVIER CRESPO NAVARRO

SARA JUAN GARCIA

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

## 1 Introducción

La figura del celador está incluida en el artículo 14.2 de la Ley de Trabajadores No Sanitarios, que establece que los celadores son responsables del transporte de pacientes tanto dentro de los centros sanitarios como en los servicios de urgencia.

Los servicios de emergencia son servicios muy importantes y el transporte sanitario significa el transporte de personas por enfermedad, lesión u otros motivos de salud en vehículos especialmente equipados para este fin. Este es un servicio esencial que ayudará a salvar muchas vidas.

En el sector salud se realizan diferentes tipos de transporte sanitario.
- Urgente o planificada: según el tiempo disponible para su ejecución.
-Individual o Grupal: Cuando transporte uno o más pacientes. A veces las ambulancias llevan a varios pacientes a la vez.

– Asistido: Indica si el paciente será asistido durante el transporte. Dependiendo de la gravedad del paciente deberá ir con respiración asistida, por ejemplo.
-Médico o no médico: si el equipo de transporte cuenta con un médico capacitado.
– Primario o Secundario: Cubre atención primaria o traslados entre hospitales.
- Ambulancia: Ambulancia equipada con soporte vital básico y avanzado.
- Ambulancia médica: una ambulancia equipada con modernos equipos de soporte vital y médicamente equipada por profesionales médicos para brindar asistencia en el camino.

## 2 Objetivos

-Enumerar los diferentes cometidos que lleva a cabo el celador de ambulancias, resaltando la importancia del mismo en este servicio en los centros hospitalarios.

## 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- ambulancia- hospital -paciente.

## 4 Resultados

La figura del grupo de celadores juega un papel muy importante en los servicios de urgencias de los centros sanitarios, siendo las funciones de los celadores en este servicio las siguientes:
- Transporte necesario del paciente en camilla o silla de ruedas desde el centro de salud hasta la puerta de acceso de ambulancias. Y viceversa.
- Trabajar con otros compañeros de trabajo para transportar pacientes de camilla en camilla y viceversa. La colaboración entre compañeros es muy importante.
- Si el paciente está en silla de ruedas o simplemente en camilla, se le prestará ayuda para subir a la ambulancia.
- En caso de dificultad, ayudar al conductor de la ambulancia a subir y bajar de la ambulancia si es necesario.

– Acompañar el transporte médico de pacientes según sea necesario. Dentro de la ambulancia, los celadores ayudan a los trabajadores de la salud con las mismas tareas que realizarían para los pacientes encamados en el hospital y ayudan a transportar a los pacientes si es necesario.

Además, los celadores deben cooperar con:
- Proporcionar información específica al paciente. Por ejemplo: motivo del traslado, centro de referencia, medio de transporte, destino, etc.
- Elaborar informes y documentación clínica para los centros de destino.
- Respetar siempre la privacidad del paciente. Además, de evitar hacer comentarios fuera de lugar.
Además, en una situación de emergencia, el personal de seguridad deberá:
- Identificar el tipo de lesión o enfermedad que sufre el paciente.
- Evaluar la gravedad.
- Administrar soporte vital básico y responder.
- Transportar pacientes de forma segura y rápida.
Evitar mayores lesiones al paciente.
- En caso de dificultad para respirar, se debe mantener abierta la vía aérea, asegurar ventilación y suministro de oxígeno, usar mascarilla y realizar reanimación boca a boca.

## 5 Discusión-Conclusión

Necesitamos considerar la importancia de los servicios de emergencia y el importante papel que desempeñan. Esto se debe a que los servicios de urgencia son las primeras medidas que se toman ante un paciente, desde el momento de la recepción del paciente por el equipo de rescate hasta llegar al centro donde se encuentra el paciente asignado.
También proporciona recursos y personal médico de emergencia para atender a los pacientes en el lugar del accidente hasta su entrega a un centro médico, como se mencionó anteriormente.
También hemos visto que los celadores desempeñan un papel importante en el transporte de pacientes y su movilización para apoyar a otros profesionales de la salud.

## 6 Bibliografía

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

2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 339

# LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SUPINAR A UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

## 1 Introducción

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un centro hospitalario se encuentran aquellos pacientes que se encuentran en estado crítico y requieren de una actuación permanente de un equipo especializado en pacientes con graves patologías clínicas.
En la unidad de cuidados intensivos dichos profesionales se harán cargo de uno o dos pacientes durante las 24 horas del día, puesto que ante la gravedad de cada paciente no podrán hacerse cargo de un número mayor de pacientes. Es por ello, por lo que en la unidad de cuidados intensivos se podrán encontrar entre cinco o diez equipos de trabajo formado por un médico, un enfermero, un técnico en

cuidados auxiliares de enfermería y un celador, siendo el médico y el celador compartido para más pacientes.
Una de las actuaciones más comunes en la unidad será la de movilizar a los pacientes y colocarlos en determinadas posiciones anatómicas para proporcionarle mayor comodidad o para garantizar que el paciente pueda respirar por el mismo durante el ingreso.
Las posiciones anatómicas utilizadas para proporcionar comodidad al paciente son:
- Decúbito supino.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Decúbito lateral derecho.

Las posiciones anatómicas utilizadas para garantizar la respiración del paciente por el mismo son:
- Decúbito supino.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Decúbito lateral derecho.
- Decúbito prono.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer los términos de pronar y supinar a un paciente.
- Detallar el procedimiento llevado a cabo por el personal sanitario y no sanitario para supinar a un paciente en la unidad de cuidados intensivos.
- Describir la actuación del celador durante la actuación de supinar a un paciente en la unidad de cuidados intensivos.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Durante el desarrollo de su actuación en la unidad de cuidados intensivos, el celador deberá conocer los procedimientos utilizados para posicionar a un paciente en decúbito supino y en decúbito prono, pero en un primer instante deberá conocer la definición de cada posición para saber que actuación realizar cuando le sea nombrada una posición u otra.
Se entiende como posición en decúbito supino a aquella posición en la que el paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, también es conocido como decúbito dorsal.
Se entiende como posición en decúbito prono a aquella posición en la que el paciente se encuentra tumbado sobre su pecho.
Cuando el paciente comienza a respirar mejor al encontrarse en decúbito prono, el equipo médico determinará posicionar al paciente en decúbito supino. En aquellos casos en los que los pacientes se encuentran más de 48 horas en la posición de decúbito prono, pero no mejora su respiración, se realizará igualmente la actuación de supinar a un paciente, puesto que no puede mantenerse durante más tiempo en decúbito prono y deberá ser alternada con la posición de decúbito supino.

Procedimiento llevado a cabo para supinar a un paciente que se encuentra en la posición de decúbito prono.
- Reunir a un número de personas considerable teniendo en cuenta la gravedad de la actuación, puesto que la mayoría de los pacientes llevan ventilación mecánica y se encuentran intubados, y ante el peso del propio paciente. El celador formará parte de dicho equipo profesional.
- El médico responsable del paciente se encargará de coordinar la actuación, mantener el silencio del personal y ordenar la realización de cada actuación efectuando una cuenta atrás.
- Colocar una sábana sobre el paciente y enrollarla con la sábana de abajo para poder voltear al paciente.
- Movilizar al paciente en bloque hacia el borde de uno de los lados de la cama.
- Girar al paciente hacia el otro lado.
- Retirar la sábana, almohadas y colocar al paciente en una posición adecuada dentro de la posición de decúbito supino.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del celador durante el procedimiento de supinar a un paciente en la unidad de cuidados intensivos" nos demuestra el procedimiento llevado a cabo por el celador junto al resto del equipo profesional para posicionar a un paciente en decúbito supino desde la posición de decúbito prono.
Como se ha mencionado anteriormente, la utilización de estas posiciones es realizada para asegurar que el paciente pueda respirar por él mismo, sin la ayuda de un respirador. Aunque en la mayoría de las ocasiones, esta actuación es complementada con la utilización de ventilación mecánica para que el paciente pueda respirar. Por lo que, tanto el celador como el resto del equipo sanitario deberá tener especial cuidado y controlar todos los dispositivos que porta el paciente para mantener la seguridad de este.

## 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, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023

## Capítulo 340

# EL CELADOR EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO. ÁREAS Y FUNCIONES DEL CELADOR

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

## 1 Introducción

El servicio de urgencias de un centro hospitalario es la unidad a la cual acuden los pacientes con dolencias desde su domicilio o bien a través del servicio de ambulancias, o bien por su propio pie, con la finalidad de determinar las causas de sus dolencias.
Dentro del servicio de urgencias se encuentran una gran variedad de unidades especializadas, las cuales permiten la realización de pruebas exploratorias y diagnósticas para determinar las causas de las dolencias de los pacientes y así poder pautar un tratamiento u otro.

Una de estas unidades es el servicio de radiodiagnóstico, gracias al cual se puede determinar multitud de diagnósticos clínicos de los pacientes que acuden al servicio de urgencias. El servicio de radiodiagnóstico se caracteriza por la utilización de radiación de la zona corporal del paciente que presenta dolencias.
La ubicación física de la unidad de radiodiagnóstico del servicio de urgencias debe encontrarse en un lugar anexo al servicio de urgencias de una institución hospitalaria, con la finalidad de ahorrar tiempo durante los traslados de los pacientes para la realización de estas pruebas diagnósticas.
Dentro del servicio de urgencias se pueden encontrar las siguientes áreas de radiodiagnóstico:
- Salas de radiografías.
- Sala de TAC (Tomografía Axial Computarizada).
- Sala de ecografía.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer el funcionamiento de la unidad de radiodiagnóstico de un servicio de urgencias hospitalarias.
- Enumerar las funciones de los celadores en cada una de las áreas de radiodiagnóstico del servicio de urgencias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La unidad de radiodiagnóstico de un servicio de urgencias estará en funcionamiento durante las 24 horas del día y durante los 365 días del año, incluyendo días festivos y fines de semana, puesto que forman parte del servicio de urgencias de atención especializada proporcionando una atención sanitaria continuada. Es por ello, por lo que se deberán establecer unos turnos de trabajo

rotatorios que permita el funcionamiento de las diferentes áreas que conforman la unidad de radiodiagnóstico, durante las 24 horas de manera continuada.
El servicio de radiodiagnóstico estará integrado por:
- Médicos especializados en radiología.
- Enfermeros.
- Técnicos en imagen y radiodiagnóstico.
- Celadores.

Las funciones de los celadores estarán determinadas según el área de radiodiagnóstico en las cuales desarrolle su actuación profesional, siendo las siguientes:
Funciones de los celadores en las salas de radiografías.
• Trasladar al paciente desde el lugar de origen dentro del servicio de urgencias, hasta las salas de radiografías.
• Transferir al paciente desde la camilla de urgencias, hasta la mesa de la sala de radiografía.
• Movilizar al paciente para colocarlo en aquella posición solicitada por el técnico.

Funciones de los celadores en la sala de TAC (Tomografía Axial Computarizada).
• Trasladar al paciente desde el lugar de origen dentro del servicio de urgencias, hasta las salas de TAC.
• Transferir al paciente desde la camilla de urgencias, hasta la mesa de la sala de TAC.
• Movilizar al paciente para colocarlo en aquella posición solicitada por el técnico, generalmente subiendo al paciente hacia arriba del todo de la mesa del TAC, posicionando la cabeza del paciente en el lugar determinado para ello, y sujetando al paciente a la mesa mediante bandas anexas a la mesa.

Funciones de los celadores en la sala de ecografía.
• Trasladar al paciente desde el lugar de origen dentro del servicio de urgencias, hasta las sala de ecografía.
• Movilizar al paciente para colocarlo en aquella posición solicitada por el técnico.

El traslado de los pacientes deberá realizarse de manera segura, por lo que el celador deberá comprobar junto al enfermero a cargo del paciente el medio de transporte más adecuado para cada uno de ellos. Pudiendo realizar el traslado mediante alguna de las siguientes modalidades:
- Por el propio pie del paciente.
- En silla de ruedas.
- En camilla.
- En cama.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador en la unidad de radiología del servicio de urgencias de un centro hospitalario. Áreas y funciones del celador" nos demuestra en un primer instante las unidades que conforman el servicio de radiología dentro de un servicio de urgencias. En un segundo instante, nos demuestra cada una de las funciones desarrolladas por los celadores teniendo en cuenta la unidad de radiodiagnóstico donde interviene el celador.

Es importante recordar que las movilizaciones de los pacientes son funciones exclusivas de los celadores, por los que estos deberán tener los conocimientos necesarios sobre el manejo y movilización de pacientes en el servicio de urgencias, recordando que toda actuación deberá estar coordinada por el médico o enfermero a cargo del paciente.

## 6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021

## Capítulo 341

# FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CDT)

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

## 1 Introducción

El centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento, en sus siglas CDT, es un centro sanitario donde se ofrecen casi todos los servicios que ostenta el centro hospitalario de referencia. El centro de especialidades médicas, por lo tanto, hace la función, de un pequeño hospital, sin algunas de sus especialidades y sin ofrecer el ingreso de sus pacientes.

Dentro del centro de especialidades se pueden encontrar las consultas de traumatología, ginecología, dermatología, psiquiatría, y otras; y algunos servicios de pruebas complementarias, como radiología, no en toda su amplitud, porque pruebas más específicas, como resonancias o tac, no las tiene.

El CDT responde funcionalmente al hospital de referencia, y aunque suele ubicarse anexo al centro de salud de atención primaria, su atención sanitaria corre-

sponde a la atención especializada, y su gestión también pertenece y la asume la gerencia del hospital al que pertenece.
La creación de los CDT se debe a liberar carga de trabajo a los servicios hospitalarios, de las consultas y de algunas pruebas diagnósticas, así, adelantar listas de espera y facilitar el acceso de sus servicios a los usuarios de la zona donde se encuentra.
El CDT cuenta también con el servicio de quirófano, pero en pequeña escala, es decir, son intervenciones que no sean complicadas y cuya realización no suponga la utilización de medios más sofisticados, que solo se encuentran en el centro hospitalario.

## 2 Objetivos

-Explicar qué es y su funcionalidad de un centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento.
-Describir las funciones que el celador de puerta realiza en el CDT.

## 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 CDT funciona con relación a los recursos humanos y materiales lo mismo que lo haría el hospital al que está adscrito, con la excepción que su número, variedad y características, no lo son. En el CDT, sólo desarrollan su labor, dos celadores, uno el de puerta y otro, que atiende a las demandas de los servicios del centro. Esta característica provoca que el celador de puerta del centro, tenga que asumir otras funciones complementarias que no las realiza el celador de puerta del centro hospitalario.
El celador de puerta del CDT, tiene la misión, diariamente, de abrir y cerrar la puerta principal del CDT, que es el único acceso que existe para acceder al mismo,

aquí no existe el servicio de urgencias como en el hospital, por lo cual todos los usuarios solamente acceden por este acceso.
En su labor de información, el celador de puerta, indicará al usuario cualquier demanda relacionada con la ubicación, horario de atención y otras cuestiones que se le planteen, evitando, en todo momento, dar información sanitaria de cualquier paciente, e incluso de facilitar nombres y apellidos de los especialistas, cuestión que compete al paciente cuando se encuentre en la consulta.
Cualquier irregularidad que se produzca en las agendas médicas programadas, el celador de puerta, es el encargado, de la colocación del referido aviso para que el paciente pueda verlo a simple vista, indicando que ya le llamará el servicio de admisión del hospital para la programación de una nueva cita.
Cuando un paciente accede al centro y presenta signos de una movilidad reducida, mareos o cualquier otra circunstancia motivo de observación, el celador de puerta, lo llevará hasta la consulta o el servicio de radiología, en silla de ruedas, volviendo a recogerlo cuando la prueba o la consulta haya finalizado, avisando, en el caso de utilización del servicio de ambulancias, la recogida del paciente.
Otra de las funciones del celador de puerta es recoger todas las incidencias estructurales o mecánicas, que se produzcan en cualquier sala del centro, dando comunicación y aviso al servicio de mantenimiento del centro hospitalario de referencia.
Los pedidos de material sanitario, como otras mercancías, enviados desde el almacén hospitalario, son recepcionados por el celador de puerta, quien, en colaboración con el celador del centro, colocará en el almacén destinado para ello

## 5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este trabajo, se habrá podido observar, que las funciones del celador de puerta del CDT, aunque tiene similitudes con las que ejerce, el celador de puerta principal de centro hospitalario, se complementan con otras, que en el contexto hospitalario, son realizadas por los celadores destinados en consultas o el servicio de radiología.
Hay que hacer hincapié, en que el celador de puerta del CDT, se encuentra solo en su puesto, es decir, no existe el servicio de seguridad externo en el centro, y la puerta principal de cualquier centro, se reconoce, que es un punto caliente de conflictos y situaciones embarazosas con el usuario, por lo que la implementación de seguridad privada en el centro, tendría que ser una prioridad de la administración sanitaria.

## 6 Bibliografía

1. Qué es un celador y cuáles son las tareas que realiza. Disponible en: https://www.ifp.es.
2. Ley 8/2000, de 30 de Noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. BOE núm. 50, de 27 de Febrero de 2001. Disponible en: https://www.boe.es.

## Capítulo 342

# FUNCIONES DEL CELADOR EN LA LAVANDERÍA HOSPITALARIA

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

## 1 Introducción

La importancia del tratamiento de la ropa y vestuario que se usa en un hospital es fundamental para preservar la salud de los profesionales sanitarios y de los propios pacientes encamados en el mismo. Actualmente, el servicio de lavandería hospitalaria ha cobrado, si cabe, aún mayor protagonismo y relevancia, siendo uno de los pilares fundamentales para la lucha contra infecciones y enfermedades infecciosas, como la del virus Sars-Cov19, entre otras, que están renaciendo y que gracias a la vacunación fueron erradicadas, como la viruela o la tuberculosis.
La lavandería hospitalaria funciona como una cadena de montaje, donde se puede encontrar, el área de lavado y clasificación de la ropa, donde la ropa sucia del hospital es clasificada para lavarla en las diferentes máquinas, que son unas lavadoras de tipo industrial. Esta clasificación se debe a la procedencia de la ropa, para el uso de desinfectantes y de detergentes adecuados. En la zona de planchado la

ropa es colocada en las secadoras, para luego pasarlas por planchas industriales, y colocación y ordenación en grandes estanterías.
El último paso en el tratamiento de la ropa, sería pasar al área de la costura, donde las costureras observan toda la ropa para que esté en perfecto estado de conservación, colocando los botones que faltan o cosiendo las pequeñas roturas de la ropa.

## 2 Objetivos

-Describir el funcionamiento de la lavandería del centro hospitalario.
-Conocer las funciones que el celador tiene asignadas en la lavandería hospitalaria.

## 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 recibe la ropa sucia proveniente de los distintos servicios del centro hospitalario y en vagonetas, la transporta hasta las lavadoras. Para poder echar la ropa a estas lavadoras industriales, el celador hace uso de la cinta de la cinta transportadora, que incorporará toda la ropa sucia en la máquina. En esta operación, el celador, observará que en la lavadora, no entra ningún objeto anómalo, es decir, en ocasiones, aparece entre la ropa sucia, aparatos sanitarios, como fonendoscopios y otros elementos que podrían dificultar el lavado o la contaminación de toda la ropa. Una vez lavada la ropa, el celador, con la ayuda de las vagonetas, vacía la lavadora, y se dirige hacia grandes mesas donde se descargará la ropa lavada, para su clasificación y colocación en las secadoras.
Las secadoras son unas grandes máquinas de corriente de aire caliente, que por este método, seca todo tipo de ropa y equipamiento. El celador en las secadoras observará la temperatura de secado, para no producir quemaduras en las mismas.

El planchado y la colocación en las grandes estanterías es la última fase del proceso de lavado. El celador irá colocando, todas las prendas en las calandras, que son un tipo de planchas tipo industrial, programadas, por el celador, según los tipos de ropa, unas necesitarán más kilos de presión que otras, dependiendo de los tejidos de las mismas.
El celador en la lavandería hospitalaria debe usar el equipo de protección individual, guantes de lona o cuero y cascos auditivos, ya que el ruido que se produce en el tren de lavado, como en todas las áreas, es continuo, y perjudicial para la salud de todos los profesionales destinados en la lencería.

## 5 Discusión-Conclusión

El servicio de lencería exige al celador destinado en el mismo, conocimientos sobre todas las máquinas utilizadas, tanto, en el lavado, como en todas las fases que se producen en el servicio, tanto en su programación, según los diferentes tipos de ropa, como en su manejo y utilización. Sería conveniente que la dirección de los centros hospitalarios ofreciera cursos formativos sobre el uso y manejo de estas máquinas industriales.
Al ser un servicio, donde se manipulan grandes cargas de ropa y grandes aparatos, el celador, debe cumplir las normas de seguridad del servicio, en el uso del Equipo Protección Individual (EPI) adecuado, y prestar suma atención en la manipulación de los productos utilizados, por su alta toxicidad y peligrosidad.

## 6 Bibliografía

1. Actuaciones del celador en el área de lencería y lavandería. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. El celador en el servicio de lencería del hospital. Disponible en: https://congresosicepa.com.
3. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es.

## Capítulo 343

# LABORES DEL CELADOR DE PUERTA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA ANTONIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ROSA MARIA DEL OLMO GARCIA ABADILLO

ANGELA MARIA RODRIGUEZ RABADAN VARAINCA

ANGELA ARAQUE GARCIA DE LA REINA

FRANCISCA LERIDA INTILLAQUE

## 1 Introducción

En el ámbito hospitalario, los pacientes pueden acudir a la sanidad por dos vías de acceso. Por un lado, se encuentra el hospital de día, accesible por la puerta principal, destinado para numerosas acciones como revisiones, consultas, citas programadas, operaciones de quirófano, visitas a familiares, entre otras muchas; por otro lado, también se cuenta con las urgencias hospitalarias, ubicadas en el lado opuesto de la puerta principal, que atiende sobre todo a urgencias.
Dentro de las urgencias hospitalarias se cuenta con un enorme equipo personal sanitario y no sanitario, donde se destaca la figura de los celadores. Así, las urgencias cuentan con cuatro tipos de celadores: el celador de puerta, el celador de boxes, el celador de las especialidades, y el celador de observación y pediatría. Todos ellos cumplen funciones similares, pero decisivas en sus áreas, ya que sin ellos no se puede desarrollar el trabajo diario.

Durante el desarrollo de este trabajo, se van a conocer las funciones que cumplen los celadores en la puerta de las urgencias hospitalarias, así como las tareas en la asistencia al paciente desde su llegada hasta la salida del mismo.
De este modo, el celador de la puerta principal va a ser una persona conocedora de las instalaciones de las urgencias, ya que los pacientes son derivados a las diferentes áreas y servicios de las urgencias, donde la rápida actuación del celador es vital.

## 2 Objetivos

- Indicar las tareas que lleva a cabo el celador de puerta en las urgencias hospitalarias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los celadores de puerta de las urgencias hospitalarias deben permanecer en todo momento cerca de las instalaciones de la misma, puesto que las urgencias presentan un trasiego continuo de pacientes que han de ser atendidos.
Cuando el celador observa que un paciente acude por las urgencias presentando dificultades en su movilidad, el celador debe actuar lo más rápido posible y proporcionar una silla de ruedas, ubicada en las proximidades de la puerta, ofreciendo y ayudando al paciente a sentarse en la misma. De este modo, el celador se va a encargar de llevar y acompañar al paciente en la silla de ruedas durante toda su estancia.
Los pacientes que vienen a las urgencias hospitalarias pueden hacerlo por diferentes vías: de manera autónoma, en vehículo propio o por ambulancia. Cualquiera que sea su procedencia, el celador debe atenderlos teniendo en cuenta la gravedad de la circunstancia.

Una vez que el paciente entra en las urgencias, ha de entregar sus datos identificativos y personal al personal de administración que, posteriormente, entrega al celador una carpeta con los datos del mismo. Así, el celador de puerta lleva dicha carpeta al servicio de triaje, donde se encuentra el enfermero. A continuación, el celador pasa al paciente al triaje.
Cuando el paciente acaba del triaje, el enfermero le indica al celador donde debe acudir el enfermo, así que el celador coge la carpeta del paciente y lo lleva hasta el servicio correspondiente.
Por otro lado, los celadores de puerta también se encargan de mantener un orden y control en las instalaciones e inmediaciones de las urgencias, evitando cualquier altercado y procurando mantener un clima de silencio que no perturbe la intimidad y descanso del resto de enfermos.

## 5 Discusión-Conclusión

Siguiendo las líneas desarrolladas anteriormente se afirma la enorme relevancia del papel del celador en el ámbito hospitalario y, en concreto, destacar la figura del celador de puerta de las urgencias hospitalarias, ya que es la primera persona que mantiene un contacto directo en la atención al paciente, siendo esta continua durante toda la estancia del mismo en el centro hospitalario.
Además, el celador debe ser una persona conocedora de las instalaciones de las urgencias, derivando a los pacientes a sus lugares correspondientes.
Por otro lado, gracias a la participación del celador de puerta, es un gran apoyo de colaboración y cooperación con el resto de personal médico y sanitario, pudiendo ofrecer así una sanidad de calidad a cada paciente.

## 6 Bibliografía

1. El celador en las urgencias hospitalarias. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. Clases de celadores. Disponible en: https://elrincondelcelador.blogspot.com.

## Capítulo 344

# ¿QUÉ FUNCIONES TIENE EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA?

DANIEL DÍAZ PINTEA

MIHAELA PINTEA

JOSÉ GARCÍA CANO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

ANA MARIA SOTO DELGADO

## 1 Introducción

El campo de la medicina conocido como psiquiatría se centra en comprender, diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades mentales, así como algunos trastornos de la personalidad y del comportamiento.
El artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, sienta las bases para la plena integración de las personas con enfermedades mentales con el resto de pacientes y usuarios de servicios que necesiten servicios médicos y sociales.
En consecuencia, las Administraciones sanitarias actuarán de acuerdo con los siguientes objetivos en materia de salud mental:

- Para disminuir la necesidad de hospitalización tanto como sea posible, los problemas de salud mental se abordarán en la comunidad y al mismo tiempo se mejorarán los recursos para la atención médica.
- Las unidades psiquiátricas de los hospitales generales se utilizarán para albergar a los pacientes que necesiten ser hospitalizados.
- El desarrollo de medidas adecuadas de atención, rehabilitación y reintegración. Se han creado numerosas herramientas con el objetivo de integrar a los enfermos mentales en el sistema sanitario general para lograr estos objetivos.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias". La salud mental incluye una variedad de actividades que están directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental de esa definición.

## 2 Objetivos

Identificar las principales funciones que debe realizar un celador dentro del ala psiquiátrica 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

Estas son las responsabilidades del celador dentro de psiquiatría:
- Limitar quién tiene acceso al dispositivo.
- Mantener el entorno circundante a los pacientes.
- Al igual que en otros departamentos del hospital, ayudarán en la limpieza de los pacientes que lo requieran.
- Comprar el medicamento en la farmacia.
- Estar atento a los pacientes y al personal médico mientras se desplazan por zonas cercanas al centro hospitalario.

- Ayudar al personal médico a administrar medicamentos a los pacientes que no cooperan.
- Ayudar a calmar a los pacientes agitados.
- Traslado de pacientes a diferentes secciones del hospital.
- En cuanto a la higiene del paciente, se cuidará que se lave o duche todos los días, y se cuidarán detalles como el mantenimiento de las uñas. breve para proteger a otros de daños o lesiones.
- Se controlará el control dietético de acuerdo con las recomendaciones médicas. Se realizará un seguimiento meticuloso de las porciones de comida en casos de anorexia y/o bulimia.
- Antes del ingreso, se interrogará al paciente y a su familia sobre su nivel de actividad y ejercicio en un esfuerzo por fomentar la actividad física.
- Se instará al paciente a respetar las rutinas tanto diurnas como nocturnas, absteniéndose de irrumpir para administrar medicación.
- Se minimizará el ruido durante las horas de sueño nocturno en la unidad de psiquiatría.
- Si el paciente representa una amenaza para sí mismo o para otra persona, se hará todo lo posible para tranquilizarlo. Si esto no es posible, el médico siempre recomendará el uso de sujeciones mecánicas.
- No se emitirán juicios morales, por lo que es fundamental comunicar su voluntad de ayudar.

## 5 Discusión-Conclusión

En la unidad de psiquiatría, como en otras unidades hospitalarias, el celador trabajará como miembro de un equipo multidisciplinar, desempeñando funciones comunes a los celadores adscritos a otras dependencias del centro sanitario, pero también tendrá a su cargo otras funciones específicas , como vigilar la puerta de acceso a la unidad y controlar las entradas y salidas, asegurándose de que no se introduzcan alimentos ni objetos puede no estar autorizado o ser peligroso.
Dado que en esta unidad es fundamental crear un ambiente que transmita tranquilidad y favorezca el buen desarrollo de la estancia y la recuperación, se cuidará al máximo el ambiente de la sala y la forma de comunicarnos con el paciente.

## 6 Bibliografía

1. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-10-SALUDMENTAL.pdf.

## Capítulo 345

# EL CELADOR DE QUIRÓFANO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA NECESIDAD FORMATIVA EN UN SERVICIO ESPECIALIZADO

DANIEL DÍAZ PINTEA

MIHAELA PINTEA

JOSÉ GARCÍA CANO

ANA MARIA SOTO DELGADO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

## 1 Introducción

El trabajo en equipo y la coordinación son esenciales en el quirófano.
La cohesión del equipo de trabajo crea una mentalidad de grupo que fomenta la confianza y la empatía entre sus miembros, lo que permite una comunicación libre independientemente de la jerarquía organizacional actual.
Este equipo multidisciplinar incluye anestesistas, cirujano, enfermeros, auxiliares de enfermería, limpiadores y celadores. El celador de quirófano es parte del equipo no estéril, lo que significa que no entra en contacto con el campo estéril. Sin embargo, puede permanecer en el quirófano y ayudar al equipo estéril durante el tiempo y las tareas que le sean asignadas.

Para que el equipo funcione correctamente, el celador debe adaptarse a las necesidades del personal médico.
El quirófano es un lugar de trabajo muy especializado, por lo que las tareas que realizan los profesionales, especialmente los celadores, requieren un conocimiento previo para que se pueda coordinar entre las partes.
El celador en el quirófano además de las tareas habituales que realiza en otros servicios, como movilizar pacientes, aparatos, documentos y muestras. Debe comprender los pasos que debe seguir, distinguiendo las diferentes partes que lo conforman:
Pasillos limpios y sucios, así como el antequirófano y el quirófano. Debe saber dónde se encuentra un quirófano, cómo está organizado y cómo se colocan los pacientes en las mesas quirúrgicas según el tipo de anestesia y la intervención.

## 2 Objetivos

Describir cómo trabaja un celador en un quirófano y la importancia de una formación teórico-práctica previa adecuada del personal en un servicio tan especializado como 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 área del hospital donde se realizan las intervenciones quirúrgicas se conoce como quirófano. Debido a esto, es un área complicada en términos de material, equipos y protocolos de higiene y asepsia requeridos.
Las responsabilidades del celador en el quirófano van desde las habituales hasta las especiales, como el traslado de pacientes al área de recepción, el traslado de documentos, analíticas o muestras, el movimiento de material, los aparatos diagnósticos, el mobiliario, la vigilancia del cuidado y mantenimiento de las instalaciones y las funciones específicas de este servicio, como la recepción y vestimenta

del paciente que va a ser intervenido cuyo estado de ánimo conlleva nerviosismo. Además, nos concentramos en la preparación del quirófano, llevando los accesorios necesarios según el tipo de intervención. Además de ayudar a colocar a los pacientes en la mesa quirúrgica, sujetar a los pacientes según el tipo de anestesia, sujetar los miembros para ayudar al equipo a esterilizar la zona de intervención sin contaminar el campo estéril, ayudar a colocar braceros, perneras, espalderos, soportes de hombros y soportes de artroscopio hombro, rodilla, bracero alto, cinchas, carro de tracción, rodillo, topes de silicona, almohada, barras, ángulos rectos, arco flexible, calota, etc.

Durante la intervención, es crucial mover a los pacientes y hacer cambios de postura cuando sea necesario sin dañar el campo. Después de la intervención, se ayudará a eliminar lo mencionado anteriormente.

Se movilizará al paciente de la mesa quirúrgica a la cama y se procederá de manera diferente según la cirugía, siempre bajo las órdenes del personal de anestesia. Se trasladará al pabellón de reanimación o al destino final acompañado y bajo supervisión una vez que esté en la cama. Si se requiere su asistencia en otras salas durante la intervención, el celador permanecerá en el pasillo.

Es evidente que para realizar las tareas específicas del quirófano descritas anteriormente, el celador debe tener una variedad de habilidades, como conocer los circuitos de seguridad del hospital, cómo colocar a los pacientes en diferentes posiciones :decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral y Trendelemburg.

La posición de Trendelenburg invertida, la litotomía, la posición de Roser o Proetz, la posición raquídea o de punción lumbar, la posición de la navaja o la pila, la posición de la laminectomía y la posición de la craneotomía son todas posiciones relacionadas con el tipo de cirugía o intervención que se llevará a cabo. Por ejemplo, para la anestesia general, hernias, laparotomías, colecistectomías, etc., se utiliza la posición decúbito supino con mayor frecuencia.

El celador debe estar familiarizado con las mesas quirúrgicas y sus componentes, debiendo elevarlas, bajarlas, separar la parte de las piernas y desplazarlas para crear espacio para la intervención o en caso de que se introduzcan aparatos de rayos o ecógrafos durante la intervención. Además, debe ayudar al manejo con el mando o manualmente hasta lograr la posición deseada. Conozca los diversos soportes y accesorios para ayudar en su colocación y eliminación. así como recogerlos y notificarlos en caso de que sea necesario repararlos.

## 5 Discusión-Conclusión

Se ha descubierto que en la descripción del trabajo del celador en quirófano realiza funciones específicas del bloque quirúrgico además de las que realiza con otros servicios conociendo las instalaciones para garantizar una circulación adecuada en el área quirúrgica. conocimiento de las diferentes posturas utilizadas para colocar a los pacientes en las mesas de operaciones. manejo y colaboración en la instalación de accesorios según intervención. Si las tareas como movilizar a pacientes anestesiados no se realizan correctamente, resultarán innecesarias. Trabajar juntos como un equipo trabajo en quirófano es esencial.
Es evidente que en un servicio tan especializado como el quirófano, es fundamental que el personal reciba una formación teórico-práctica adecuada.

## 6 Bibliografía

1. celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.htm.

## Capítulo 346

# ¿QUÉ FUNCIONES TIENE EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN?

DANIEL DÍAZ PINTEA

MIHAELA PINTEA

JOSÉ GARCÍA CANO

ANA MARIA SOTO DELGADO

CRISTINA SANCHEZ CARPENA

## 1 Introducción

Las medidas de rehabilitación son aquellas que toma una persona discapacitada para ayudarla a recuperar la mayor independencia y capacidad posible, según la Organización Mundial de la Salud.
La fisioterapia, la terapia ocupacional, la rehabilitación y la medicina física son solo algunas de las especialidades médicas que se incluyen en la rehabilitación. Todas estas disciplinas se centran en identificar, prevenir, evaluar y tratar discapacidades con el fin de facilitar, restaurar o mantener el más alto nivel de capacidad funcional e independencia del paciente.
El doctor Juan Carlos Miangolarra, portavoz de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), afirmó que el 25% de los pacientes ingresados

en hospitales necesitan rehabilitación y medicina física debido a los efectos enfermedades que resultan en discapacidad. Estos datos pueden ayudarnos a comprender mejor cómo está progresando la rehabilitación de esta unidad en este centro médico.
Debemos considerar que entre el 3 y el 5 por ciento de la población necesita rehabilitación una vez al año para comprender el alcance y la importancia de la rehabilitación.
Se estima que en España más de 4 millones de personas tienen alguna discapacidad, lo que significa que alrededor del 10% de la población del país necesita servicios de rehabilitación, según datos de encuestas.

## 2 Objetivos

Definir las tareas que realiza el celador como miembro del equipo multidisciplinario que presta servicios en el sector 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

Los pacientes que buscan rehabilitación suelen ser aquellos que requieren mucha ayuda por diversas razones. A menudo se trata de pacientes con movilidad muy restringida debido a una enfermedad o lesión.
En el área de rehabilitación, un celador es responsable de las siguientes funciones.
- Traslado de pacientes hacia y desde la sala de rehabilitación desde cualquier unidad, incluida una habitación o un vehículo.
- Dentro de esta tarea, podemos distinguir a su vez entre las siguientes:
1. Permanecer dentro de la puerta.
2. Estar atento al acceso, permitiendo el ingreso sólo a quienes tengan permiso.
3. Mantener la paz y tranquilidad en la zona, y exigir presencia de seguridad en caso de conflictos.

4. Abstenerse de revelar información clínica y mantener siempre la privacidad sobre tratamientos, diagnósticos, pruebas o cualquier otra información del paciente, e indicar consultas directas al médico citado.
5. Ayudar a los fisioterapeutas y/o al médico rehabilitador a posicionar y sujetar al paciente serían tareas adicionales.
6. En caso de que se necesite su ayuda para Movilizar o acomodar a un paciente durante su tratamiento, es crucial que el celador esté siempre accesible.
7. Transferir cualquier comunicación verbal, documento, correspondencia o material de un servicio a otro a petición de tus superiores.
8. Podrá realizar las tareas de limpieza que les sean asignadas en circunstancias excepcionales y muy concretas que lo justifiquen, en función de la circunstancia, ubicación, dificultad de manipulación o peso de los objetos o superficies a limpiar.
Debemos considerar que entre el 3 y el 5 por ciento de la población necesita rehabilitación una vez al año para comprender el alcance y la importancia de la rehabilitación.

## 5 Discusión-Conclusión

Es fundamental resaltar el apoyo que el celador brinda específicamente en el área de rehabilitación por su singularidad, además de las funciones generales que desempeña en cualquier otro área del establecimiento de la salud.
En comparación con otras zonas, un alto porcentaje de pacientes tienen movilidad limitada o reducida, por lo que es necesario que, si es posible, se les ayude en sus movimientos, aunque finalmente no son necesarios los celadores.
Finalmente, es crucial que los responsables del tratamiento de rehabilitación trabajen juntos para así movilizar, acomodar y sobre todo contener a los pacientes que reciben este tipo de terapia.

## 6 Bibliografía

1. https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion.

## Capítulo 347

# FUNCIONES COMUNES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO O CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y CENTROS DE SALUD

SANDRA RODRÍGUEZ VALDES

SILVIA FERNANDEZ CANO

## 1 Introducción

Los hospitales o centros de salud son establecimientos destinados a la atención y asistencia a enfermos o familiares de estos, por medio de diferentes profesionales que constituyen el equipo de atención hospitalaria , personal médico , enfermería , personal auxiliar y de servicios durante 24 horas del año.
Los auxiliares administrativos o celadores desarrollan unas funciones muy importantes dentro de la organización del centro sanitario en los hospitales o centros de salud, atendiendo al público tanto de manera telefónica como presencial , preparan y tratan los datos informáticos de los pacientes , organizan y tramitan todo tipo de documentos , además de realizar otras tareas.
El auxiliar administrativo o celador debe tener una formación resultado de desarrollo de aptitudes, habilidades y actitudes mantenidas y debe estar motivado para comunicar y comunicarse con gran capacidad de escucha, gran sentido de la ética, capaz de desenvolverse adecuadamente en diferentes escenarios de las

instituciones de salud con ambientes humanos complejos , responsable , comprometido con sus funciones liderando procesos y promoviendo estilos de vida saludables. Dando respuesta eficaz a reclamaciones, quejas o sugerencias de pacientes o familiares,
Debe escuchar , identificarse con el receptor, adaptar el lenguaje, el trato , la empatía son básicos para comunicarse adecuadamente.
Respecto a la confidencialidad e intimidad de los datos del paciente.

## 2 Objetivos

Describir las funciones habituales del auxiliar administrativo y celador en el servicio de urgencias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo o celador es clave para la accesibilidad en primera línea y primera atención al paciente, estas personas deben tener una clara vocación de servicio y otras capacidades para dar respuesta ante todo tipo de situaciones. Si no serán la primera barrera a la que tengan que enfrentarse los pacientes en la atención.
Esta respuesta implica escuchar, reflexionar, participar y empatía , para proporcionar una atención de calidad ,segura , eficaz y ágil al ciudadano.
La calidad del servicio depende de la buena atención a la persona y que esta se sienta satisfecha y segura.
La atención al ciudadano puede ser tanto presencial , en el servicio de admisión de urgencia, como a través de medios telefónicos o telemáticos, por lo que el profesional debe tener un trato excelente colaborando con el equipo sanitario , actuando de comunicador entre el paciente y dicho equipo , proporcionando informacion en ambas direcciones.

Esta informacion debe ser precisa y comprensible para todos los receptores y debe quedar plasmada en medios informáticos o telemáticos para poder acceder a ella en cualquier momento, sin que pueda producirse perdida de datos necesarios para posteriores gestiones , ya sea de localizar al paciente, informarle, o evitar mal entendidos o problemas posteriores ante distintas situaciones de reclamación , etc...
Estos profesionales deben tener una gran capacidad de síntesis, ser organizados, metódicos y cuidadosos en su trabajo.
Estas son las funciones más habituales y comunes entre el auxiliar administrativo y el celador en los hospitales y centros de salud, pueden ser desarrolladas por cualquiera de los dos profesionales dependiendo del personal del centro de trabajo.
- Atención al publico.
- organizar y tramitar expedientes.
- Mecanografía de expedientes.
- gestionar citas.
- Preparación y tratamiento de los datos informáticos de los pacientes.
- gestionar transporte sanitario.
- recepcionar llamadas.
- orientar a los usuarios en los servicios de salud.

## 5 Discusión-Conclusión

Las funciones del auxiliar administrativo o celador en el departamento de urgencias son necesarias, ya que gracias a su labor el servicio funciona correctamente. Son un canal de comunicación muy importante proporcionando informacion solicitada por pacientes, gestionando citas, con el equipo médico, así como guardando la informacion existente respecto a un paciente mediante la utilización del sistema informático , facilitando informacion a familiares en todo momento. también deben hacer la primera observación o filtro de las necesidades del paciente para facilitarle el acceso al servicio que necesita y resolver de forma eficiente situaciones puntuales que también pueden llegar a colapsar estos servicios si no son gestionadas debidamente.

## 6 Bibliografía

https://www.domusvi.es/noticia/sar-presenta-la-guia-etica-para-profesionales-de-la-salud/.

https://administracion.formacionalcala.es/funciones-del-auxilia-administrativo-sanitario.
http://www.ffis.es/uos/legislacionsanitaria/INFORMACION_SANITARIA_Y_CONFIDENCIAL_NOVIEMBRE_06.pdf.

## Capítulo 348

# EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

MIRIAN GARCIA GARCIA

## 1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, un paciente terminal es aquel con una enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado, generalmente por debajo de los seis meses.
Existen unos criterios que definen esa fase terminal:
-Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
-Produce gran impacto emocional en el paciente y en la familia.
-Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo.
-Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
La atención sanitaria que se les brindará a estos pacientes nunca irá encaminada a la curación, sino que se enfocará al cuidado físico y psicológico, aquello que se conoce como los cuidados paliativos.

A la hora de desarrollar los cuidados paliativos con un paciente en fase terminal hay que tener en cuenta, entre otros aspectos: la buena imagen del enfermo, respetando siempre su dignidad; el mantenimiento de un ambiente agradable, en aras a conseguir su bienestar físico y emocional; la atención individual, integral y continuada. Se trata, además, de mejorar la calidad de vida del paciente; hay que vigilar en todo momento la corrección, el respeto y la empatía con el enfermo como con sus familiares. De igual manera, hay que saber escuchar y respetar los sentimientos, las creencias y las necesidades del paciente y su familia. En estos momentos es importante también la comunicación verbal y no verbal. Por último, no hay que olvidar la atención psicológica a los familiares.

## 2 Objetivos

1. Explicar las funciones que realiza un celador con los pacientes en fase terminal, así como la forma en la que interviene el celador a la hora de proporcionar los cuidados paliativos a este tipo de pacientes.
2. Conocer las necesidades y cuidados especiales que requieren los enfermos terminales y sus familiares por parte de los celadores.

## 3 Metodología

Para la elaboración del 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 a través del buscador Google Académico.

## 4 Resultados

El celador es uno de los profesionales que integran el equipo de trabajo encargado de proporcionar los cuidados paliativos al paciente que se encuentra en situación terminal. Son cuidados de confort y bienestar que redundan en favorecer la máxima comodidad para este tipo de enfermos. Es por esto que el celador que trabaja en la unidad de cuidados paliativos ha de poseer una formación específica de calidad para saber cómo actuar en la situación tan delicada a la que se va a enfrentar este tipo de paciente y sus familiares.

El profesional en estos casos ha de estar atento no sólo a la comunicación verbal, sino también a la no verbal. Además, el celador que trabaja en la unidad de paliativos ha de obrar de manera paciente y ser correcto con su actitud.

En todo momento deberá mostrarse respetuoso, colaborador y empático, tanto con los enfermos como con sus familiares. Los cuidados por parte de los celadores que tratan con pacientes en fase terminal han de ser óptimos y su actitud deberá ser en todo momento de cautela ante una situación de extrema delicadeza, como es la de un enfermo terminal.

Entre los cometidos a los que tendrá que hacer frente el celador que desempeñe su labor en el servicio de cuidados paliativos figura la vigilancia constante del enfermo, un paciente que deberá estar limpio y cómodo, tratando de que la ropa de cama se encuentre en todo momento limpia, seca y estirada, pues se trata de ofrecer el máximo confort posible ante esta última etapa de la vida. Tratará de buscar el reposo y el descanso del paciente.

El profesional de esta unidad deberá estar pendiente también de los controles de la piel y las constantes vitales del enfermo terminal. Además, en la medida que lo necesite, colaborará a la hora de suministrarle líquidos lenta y cuidadosamente.

El celador deberá ayudar en la movilización y en la búsqueda de posturas óptimas que eviten el dolor de estos pacientes. Su labor incluye también la de acompañar al enfermo evitando que se sienta solo. Además, se implicarán para que el resto de los pacientes se sienta al margen de la situación.

Por último, cuando hablamos de un enfermo terminal no debemos olvidar nunca que la situación también afecta y mucho a la familia, por lo que el profesional ha de tratar siempre de manera cordial y con respeto a los familiares y allegados. El celador atenderá cualquier petición de ayuda proveniente de la familia de los enfermos.

## 5 Discusión-Conclusión

Un enfermo que está en fase terminal no necesita atención para su curación, sino que el desempeño de los profesionales de paliativos irá encaminado al cuidado físico y psicológico para lograr su bienestar físico y emocional durante el tiempo que le quede.

Los cuidados paliativos son los cuidados médicos especializados para los pa-

cientes que padecen una enfermedad grave e incurable. Se trata de un equipo de apoyo que tiene por objetivo la ayuda al paciente y a sus familiares durante el tratamiento de su dolencia.

El equipo que trabaja en paliativos ofrece el alivio tanto de los síntomas como de los posibles efectos secundarios de los tratamientos. Además, ayuda a reducir el nivel de estrés que provoca la enfermedad. El objetivo pasa por mejorar la calidad de vida del paciente y ayudar a sus familiares. Este tipo de cuidados ofrecen apoyo emocional, social y espiritual.

El celador, es uno de los integrantes de este equipo y como tal debe colaborar en la búsqueda del máximo confort posible, por lo que su actitud deberá ser cercana, de comprensión, respeto y empatía.

## 6 Bibliografía

1. Guía de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsecpal-1.pdf.
2. Arantxa Díaz García LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL. THE PERFORMANCE OF THE ORDERMAN BEFORE A TERMINAL PATIENT 2021;4(12) 43 Disponible en: https://revistamedica.com/funcion-celador-paciente-terminal/.
3. Yolanda Cimarra Delgado Actuación del celador ante el paciente terminal. Action of the caretaker before the terminal patient 17/06/2022 Disponible en: https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal-2/.

## Capítulo 349

# EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL SERVICIO DE PARITORIO. FUNCIONES DEL CELADOR CON LA PACIENTE EMBARAZADA

LUIS MANUEL LÓPEZ BREA ORTIZ

MARÍA DE LOS SANTOS ALCÁZAR GRANADOS

ANTONIO FERNÁNDEZ VILLAGRÁN

AITOR GÓMEZ SAIZ

BERNARDO LUZ MARTÍNEZ

## 1 Introducción

Se entiende como paritorio a la localización física donde se producen los nacimientos de los bebés dentro de las instituciones sanitarias. El servicio de paritorio solo se puede encontrar en la atención especializada, puesto que se requiere de un quirófano en caso de necesidad de realizar una cesárea, y de una unidad de cuidados intensivos pediátrica y una unidad de cuidados intensivos general en caso de que existan complicaciones en el parto y madre y/o hijo deban ser ingresadas en dichas unidades.

La presencia del celador en el servicio de paritorio deberá ser de manera continuada, puesto que los partos se pueden desarrollar en cualquier momento del

día y durante cualquier día del año, por lo que existirá un celador adscrito al servicio de paritorio durante las 24 horas del día y los 365 días del año. Esta es la principal razón por la cual existirán turnos de trabajo rotatorios para los celadores adscritos al servicio de paritorio, pudiendo ser desarrollados en turnos de mañana, tarde y noche cuando los turnos son de 7 horas (turno diurno) y 10 horas (turno nocturno), o en turno de día y noche cuando los turnos son de 12 horas.
La organización de los turnos de trabajo de estos celadores estará determinada por la propia organización de la institución sanitaria, pudiendo existir diferentes turnos de trabajo en las distintas instituciones sanitarias dentro de una misma gerencia o de un mismo servicio de salud de la comunidad autónoma.

## 2 Objetivos

- Detallar las funciones desarrolladas por los celadores con las pacientes parturientas dentro y fuera del servicio de paritorio.
- Detallar las funciones desarrolladas por los celadores en el servicio de paritorio que garantizan un correcto funcionamiento de la unidad de manera continuada.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las funciones desarrolladas por los celadores adscritos al servicio de paritorio pueden clasificarse en dos grupos, teniendo en cuenta la finalidad de dichas actuaciones.
Actuaciones relacionadas con las pacientes parturientas o puérperas.
Las actuaciones desarrollas con las pacientes tendrán la finalidad de ayudar a la paciente y a trasladarla antes y después del parto.
• Trasladar a la paciente desde la planta de tocología hasta el servicio de paritorio una vez comiencen las contracciones.

• Trasladar a la paciente desde la sala de dilatación hasta el paritorio una vez el parto esté en curso.
• Ayudar a la parturienta a pasarse desde la cama hospitalaria hasta el potro, para ello posicionará la cama en plano paralelo al potro y la frenará. Durante la transferencia de la paciente se tendrá en cuenta los dispositivos de medicación que pueda portar.
• Trasladar a la puérpera junto al recién nacido a la planta de tocología para el aseo y control del pequeño y para el descanso de la madre.
Actuaciones realizadas en el propio servicio de paritorio.
Las actuaciones desarrolladas para el servicio de paritorio permitirán el funcionamiento de manera continuado de la unidad, puesto que el celador será el encargado de realizar aquellas tareas no técnicas que requieren del traslado de pacientes, muestras, mobiliario o material sanitario desde el servicio hasta otros servicios de la institución sanitario o viceversa, sin necesidad de salir de la unidad otros profesionales sanitarios para la realización de dichas tareas.
• Traslado de muestras biológicas tanto de la madre como del recién nacido a los laboratorios correspondientes.
• Traslado al banco de sangre de una muestra de sangre del recién nacido para que quede guardado su grupo sanguíneo en el registro sanitario.
• Traslado de material sanitario y no sanitario desde el almacén general del centro hospitalario.
• Traslado de medicación desde el servicio de farmacia.

## 5 Discusión-Conclusión

Es importante que exista una buena comunicación entre cada uno de los profesionales que conforman el equipo de paritorio, puesto que habrá situaciones de estrés dentro de los paritorios que se deberán realizar de la manera mas segura tanto para el bebé como para la madre, por lo que deberá existir un ambiente de cooperación entre todas las categorías profesionales.

## 6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.

4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

## Capítulo 350

# EL ADMINISTRATIVO Y SUS DEBERES CON RESPECTO A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES Y USUARIOS EN CENTROS SANITARIOS.

SILVIA CARRION PARDO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

MARIA JESUS MORA HIDALGO

## 1 Introducción

Como el resto, el personal administrativo tiene una obligación con respecto a la confidencialidad de toda la información recogida de carácter personal durante la atención sanitaria.
La protección de datos de los pacientes está recogida en el art. 18.4 de la Constitución Española, y establece que el uso de la informática se limitará a los ciudadanos para garantizar su honor, intimidad personal y familiar y el pleno ejercicio de sus derechos.
Este derecho lo desarrolla la Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre, de Protección de datos de carácter personal, la cual se creó para garantizar y proteger el

tratamiento de datos personales, libertades públicas y los derechos fundamentales a las personas físicas, en especial de su honor a la intimidad personal y familiar.
En 1992 se creó la Agencia Española de Protección de Datos, la cual se encarga de velar por el cumplimiento de dicha Ley.
En los centros sanitarios, día a día se manejan gran cantidad de datos personales de los pacientes y usuarios relativos a su salud, incorporados a su Historia Clínica, donde se recoge toda la información y valoraciones de los profesionales sobre su situación y evolución clínica durante todo el tiempo que lo necesiten.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las obligaciones de un administrativo con respecto a la protección de datos en el ámbito sanitario.

## 3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo, se ha realizado una investigación a través de una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica y la legislación existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos, leyes y seleccionando artículos procedentes de publicaciones.

## 4 Resultados

La Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, indica en su artículo 10 que el responsable del fichero, así como quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos de carácter personal, tienen la obligación de guardar el secreto profesional de los mismos, y el deber de guardarlos, e indica que dichas obligaciones subsistirán incluso después de finalizar la relación con el titular del fichero o en su caso con el responsable del mismo.
Entendemos por datos de salud a toda la información concerniente a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de una persona, ya sea relativa a buena salud, enfermedad, su diagnóstico o tratamiento, incluyendo, además, información sobre hábitos con el alcohol, drogas o sexuales.
Están considerados de nivel alto de protección por su especial intimidad y solo se podrán recoger datos de los pacientes que sean necesarios con la finalidad médica que se pretende, no excesivos, estériles o impertinentes para el fin médico.

El personal administrativo, por tanto, debe guardar confidencialidad sobre los datos personales a lo largo de la actividad asistencial, tanto moral como jurídicamente, y deberá adoptar medidas técnicas y organizativas para garantizar la seguridad de todos los datos de carácter personal para evitar así su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

Existen dos principios necesarios que el administrativo ha de tener en cuenta y que constituyen una garantía para el derecho a la protección de datos de carácter personal, y que interrelacionados, garantizan la confidencialidad efectiva en el conocimiento de datos vinculados a una persona concreta y determinada: estos principios son el de seguridad y el de secreto. Garantizan que los datos solo sean conocidos por el interesado y por los usuarios a los que se les atribuye la competencia de usar, consultar, modificar o incluir los datos en los sistemas de información, de forma que garantiza el derecho a la intimidad del individuo.

A todo paciente se le debe de informar sobre la existencia de un fichero, de la finalidad para la cual se recogen los datos, el destinatario de la información, quién es el responsable del fichero y la posibilidad de rectificación y cancelación. Y salvo excepciones legales, hay que pedirle consentimiento para tratar sus datos.

Si los datos obtenidos por el administrativo van a ser comunicados a terceros, siempre se le debe informar y solicitar el consentimiento su consentimiento. No hay que olvidar que la ley solo permite que se comuniquen datos para el cumplimiento de fines relacionados directamente con su proceso y en funciones legítimas entre el cedente y el cesionario.

## 5 Discusión-Conclusión

En el trabajo del administrativo, el deber de secreto constituye un pilar básico sobre los cuales se asienta la protección de datos de carácter personal, y permite que no puedan ser conocidos dichos datos por terceros, salvo en los casos de condicionamientos y requisitos establecidos en la propia ley.
El deber de secreto, obliga al administrativo y al responsable de datos almacenados que no puedan revelarlos, teniendo el deber de guardarlos.
El incumplimiento de este deber a día de hoy constituye infracción grave según el art. 44.3. de la ley Orgánica de Protección de Datos e introduce la figura del apercibimiento, ponderando y graduando sanciones.

# 6 Bibliografía

1. Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999.
2. El deber de secreto: Una obligación existente también en la protección de datos. https://confilegal.com/20170925-deber-secreto-una-obligacion-existente-tambien-la-proteccion-datos-i/.
3. La ley órganica de protección de datos y las consultas. https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxxii-congreso-semi/23-%20Pena%20Martin.pdf.

## Capítulo 351

# EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI), FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS

VICTOR MANUEL MUÑOZ LANGREO

MARIA ELENA RODRÍGUEZ DEL VALS

CÉSAR MANUEL SANZ ESPARTERO

MARIA ROSARIO GARCÍA MEDEL

CRISTINA PAGE LAIN

## 1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario se realizan multitud de intervenciones quirúrgicas entre las que podemos distinguir tres tipos: cirugía ambulatoria (Ca), cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía con hospitalización (CH).
Tanto la cirugía ambulatoria, como la cirugía mayor ambulatoria son modelos de atención para pacientes quirúrgicos que han alcanzado un gran desarrollo en los últimos tiempos. Debido a los avances científicos en medicina que permiten cirugías menos invasivas y técnicas anestésicas que permiten una rápida recuperación, se ha hecho posible el desarrollo de dichas modalidades quirúrgicas.
La principal ventaja de estas dos modalidades de cirugía reside en que ofrecen una solución rápida e integral a determinados problemas de salud, evitando el ingreso hospitalario con las posibles complicaciones, riegos e incomodidades de

éste, y posibilitando la reincorporación al mundo laboral en un corto plazo.
El objetivo de estas cirugías es evitar la estancia hospitalaria en aquellos procedimientos quirúrgicos que lo permitan, dando de alta al paciente el mismo día de la intervención, pautándole una serie de cuidados y recomendaciones que debe seguir.
Al frente de estas unidades de cirugía sin ingreso trabaja un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios: médicos, anestesistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, y no sanitarios: auxiliares administrativos, celadores, personal de limpieza, cuyo trabajo en equipo permite prestar un servicio de gran calidad y eficiencia.
En este capítulo nos vamos a centrar en las funciones que desarrolla el celador en la unidad.

## 2 Objetivos

-Clasificar los diferentes tipos de cirugías.
-Enumerar las funciones del celador en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI).

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la búsqueda de diferentes publicaciones en internet, relacionadas con la labor del celador en la unidad cirugía sin ingreso de los centros sanitarios, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema. Posteriormente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo. Por último, se ha extraído y sintetizado la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

## 4 Resultados

Podemos definir cirugía como una rama de la medicina que tiene como objetivos desde el diagnóstico a la curación de diferentes enfermedades o procesos patológicos.
Según el criterio de clasificación podemos diferenciar entre distintos tipos de cirugía.

1. Según la extensión, diferenciaremos entre cirugía menor y mayor. En este capítulo vamos a centrarnos en la cirugía menor, que es aquella que no requiere hospitalización, y se lleva a cabo en las unidades de cirugía sin ingreso (UCSI).
2. Atendiendo a la profundidad o localización distinguimos entre cirugías externas o internas.
3. Según la finalidad de la cirugía podemos diferenciar entre curativa, reparadora, paliativa y estética.
4. Según el tiempo de respuesta tenemos cirugía de emergencia, urgencia, electiva y programada.
5. Atendiendo al material utilizado para su realización tenemos por ejemplo la cirugía láser, laparoscópica, etc.
La cirugía menor se lleva a cabo en las unidades de cirugía sin ingreso (UCSI), y podemos distinguir entre:
-Ca: cirugía menor ambulatoria
-CMA: cirugía mayor ambulatoria
En ambos supuestos, el paciente, si no hay ninguna complicación, es dado de alta el mismo día de la intervención, no requiriendo ingreso hospitalario, por lo que supone una gran comodidad para el paciente y una reducción considerable del gasto sanitario.
Estas unidades están compuestas por equipos de trabajo multidisciplinares, en los que la coordinación es de gran importancia para la eficacia y consecución de los objetivos. Desde el auxiliar administrativo que se encarga de contactar con los pacientes para informarles de su ingreso, hasta los especialistas médicos que se encargan de operar, pasando por enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza, etc.
A continuación vamos a describir las funciones que realiza el celador en la unidad de cirugía sin ingreso:
-El celador de blanco se encargará llamar al primer paciente de cada especialidad médica.
-Serán los encargados de trasladar todo el aparataje necesario para las distintas intervenciones.
-Montarán las mesas de quirófano siguiendo las instrucciones de los cirujanos.
-Colaboran dentro de la unidad en la contención de menores agitados.
-Ayudarán a las personas de avanzada edad que así lo precisen a acomodarse en su recurso correspondiente.
-Bajarán al servicio de farmacia a por la medicación prescrita para los pacientes.
-Recogerán en la unidad de esterilización el material solicitado por el personal sanitario.

-Llevarán al laboratorio las diferentes muestras biológicas.
-Trasladaran al paciente al quirófano y ayudaran a colocarlo en la mesa de operaciones.
-Auxiliarán a sus superiores en todas aquellas tareas que le sean encomendadas.
En conclusión, podemos afirmar que el celador es una pieza fundamenta en la unidad de cirugía sin ingreso, donde realiza numerosas e importantes funciones.

## 5 Discusión-Conclusión

La UCSI es una unidad muy versátil en la que se realizan cirugías menores de índole muy variada, en las que participan multitud de especialidades, es por ello que el celador de esta unidad debe tener amplios conocimientos en posiciones anatómicas para poder desarrollar su labor con profesionalidad, pero también debe poseer dotes comunicativas, pues tiene un trato directo con los pacientes.
Como hemos visto a lo largo de este capítulo, el celador desarrolla numerosas funciones en la unidad de cirugía sin ingreso. Está integrado en un equipo de trabajo, que debe estar coordinado en sus funciones para una gestión eficaz y eficiente de la unidad.

## 6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cirugia-mayor-ambulatoria-una-nueva-S0716864017301256.
2. https://eoc.cat/tipos-de-cirugias-clasificacion/.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000100008.

## Capítulo 352

# URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

SARA ANTUÑA FONSECA

## 1 Introducción

Una urgencia médica se refiere a una situación médica que ocurre inesperadamente, como una emergencia, pero la principal diferencia es que el paciente no está en peligro inmediato de muerte. Por otra parte, se denomina emergencia de salud en el trabajo un evento que pone en peligro a los trabajadores, pone en peligro el funcionamiento del lugar de trabajo o puede causar daños.

Una urgencia se puede clasificar como situaciones que son extremadamente urgentes y podrían resultar la muerte, inestabilidad o dolor insoportable; retraso en recibir la atención médica de hasta 15 minutos.

En momentos de crisis o emergencia, el profesional de emergencias sanitarias es el encargado de brindar atención médica básica, ofrecer apoyo emocional al paciente, sus familiares y otras personas impactadas y, si fuese necesario, transportarlos al centro médico.

Las emergencias pueden adoptar muchas formas, pero se dividen principalmente en tres categorías: naturales, laborales y externas.
- Emergencias naturales: incluyen desastres que ocurren por razones fuera del control de la sociedad, como causar fatalidades o daños materiales importantes; desastre natural.
- Emergencias laborales: se produce cuando ocurre algo que pone en peligro a los trabajadores y supone un riesgo para el funcionamiento habitual de las empresas.

- Emergencias externas: son aquellas incidencias que impactan en las comunidades donde se ubica el centro hospitalario, y al elevar la demanda de atención, alteran indirectamente sus servicios.

## 2 Objetivos

- Describir cómo proporcionar una atención óptima al paciente en situaciones de emergencia.
- Exponer la importancia de brindar servicios médicos de emergencia a los pacientes en el menor tiempo posible y con eficiencia.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Cuando ocurre una catástrofe, los segundos siguientes están marcados por extrema confusión, desorden y caos.
Durante esta fase los profesionales deben sectorizar adecuadamente la zona para poder controlar el entorno donde se produjo el incidente.
Las instalaciones asistenciales temporales o el despliegue sanitario deben establecerse sobre el terreno teniendo en cuenta los distintos escenarios e infraestructuras, lo que exige segmentar el escenario en sectores claramente delimitados.
De esta forma, los profesionales podrán desempeñar sus funciones en cada sector, evitando problemas de coordinación.
Estas áreas incluyen:
• Área de Salvamento: también denominada zona caliente o zona roja, es donde ha habido mucha destrucción y donde puede haber riesgos para la evolución.
Es el lugar de las víctimas, donde los equipos de rescate trabajarán para asegurar el área para que el personal médico pueda ingresar, y también es donde estarán las víctimas cuando sean encontradas.

• Área de Socorro: También conocida como zona templada o amarilla, es el área fuera de la zona de rescate y está libre de todo peligro.
Esta área es donde se realizan el primer y segundo triaje.
• Área Base: El área al lado de la zona de rescate se conoce como zona fría o zona verde.
Además de organizar la evacuación a los hospitales, organiza toda la asistencia disponible para ayudar en el rescate y socorro de las víctimas.

Un triaje se considera la categorización o clasificación de la atención urgente de pacientes.
Todo esto indica que los distintos sistemas de clasificación se basan en las siguientes ideas:
Es más importante salvar vidas que mantener intactas las extremidades.
La preservación de la función es más importante que la corrección del efecto anatómico.
La asfixia, la hemorragia y el shock plantean los mayores riesgos para la vida.
Será posible distinguir entre pacientes que requieren reanimación inmediata y otros.
Una víctima puede cambiar de estado en cualquier momento, por lo que la evaluación de la víctima durante la clasificación debe cumplir con un conjunto de reglas:
Debe ser constante, rápido y dinámico.

## 5 Discusión-Conclusión

Una urgencia médica se refiere a una situación médica que ocurre inesperadamente, como una emergencia, pero la principal diferencia es que el paciente no está en peligro inmediato de muerte. Una urgencia se puede clasificar como situaciones que son extremadamente urgentes y podrían resultar la muerte.

Durante una urgencia, los profesionales deben separar adecuadamente la zona para poder controlar el entorno donde se produjo el incidente.
Las instalaciones asistenciales temporales o el despliegue sanitario deben establecerse sobre el terreno teniendo en cuenta los distintos escenarios e infraestructuras, lo que exige segmentar el escenario en sectores claramente delimitados.

Todo esto indica que los distintos sistemas de clasificación se basan en las siguientes ideas: Es más importante salvar vidas que mantener intactas las extremidades.

La preservación de la función es más importante que la corrección del efecto anatómico.

## 6 Bibliografía

https://observatorisalut.gencat.cat/es
https://www.sanidad.gob.es
https://www.escuelacss.com/urgencias-emergencias/
https://www.saludcastillayleon.es/

## Capítulo 353

# EL PINCHE DE COCINA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS NORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE ALIMENTOS SANOS Y LAS NORMAS DE HIGIENE DURANTE LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

## 1 Introducción

En los centros sanitarios donde se proporcionan alimentos a los pacientes que se encuentran ingresados deberán tener especial cuidado con las intoxicaciones alimentarias, bien desde el servicio de catering encargado de suministrar la comida, o bien desde las cocinas centrales de los centros sanitarios, ya que la mayoría de estas intoxicaciones alimentarias se producen tras la realización de una inadecuada manipulación de los alimentos durante su preparación y elaboración.
Se entiende como intoxicación alimentaria a la presencia de bacterias en los alimentos, esta enfermedad viene determinada por el veneno o la toxina en un

alimento.
Cuantiosos estudios han podido determinar que la gran mayoría de estas intoxicaciones son temporales, produciéndose en la mayoría de los casos en las estaciones de verano y primavera, debidos al aumento de temperatura y, por lo tanto, a la resistencia de los microorganismos o bacterias en los alimentos.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del pinche de cocina en la manipulación de alimentos.

## 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 pinche de cocina es uno de los mayores manipuladores de alimentos de las cocinas centralizadas de un centro hospitalario, por lo que su actuación para prevenir la transmisión de enfermedades a través del mal estado de los alimentos es fundamental para que no se dé lugar a una intoxicación alimentaria. Es por ello, por lo que debe garantizar el mantenimiento de las siguientes normas durante el desarrollo de su actuación en las cocinas. Deberá tener en cuenta:
El pinche de cocina deberá tener una higiene personal rigurosa y estricte, para lo cual:
- Mantendrá su aseo personal diariamente. Mantendrá un cuidado riguroso de las manos, especialmente de las uñas. Para ello las mantendrá limpias y cortas, estando prohibido la utilización de esmalte de uñas.
- Llevará el pelo limpio y recogido en un gorro. Las mujeres deberán recogerlo en un moño, además de utilizar un gorro.
- No llevar joyería ni bisutería en las manos ni dedos.
. Llevar la vestimenta rigurosa proporcionada por el centro sanitario.
- Llevar un calzado antideslizante e impermeable.

- Todos los trabajadores deberán mantener las normas sobre el aseo diario y la vestimenta específica de cocina.
- Los visitantes o el personal ajeno a la cocina que ingresa en la cocina deberán llevar la ropa adecuada, además de portar un gorro y calzas.
- Durante todo proceso de lavado, preparación y elaboración de los alimentos se utilizará guates desechables, especialmente en el caso de que dichos alimentos no pasen por el proceso de cocción.
- Estará prohibido fumar en el interior de las instalaciones de cocinas, así como durante la manipulación de alimentos.
- No se comerá ni masticará chicle durante la manipulación de alimentos.
- Realizará un correcto lavado de manos antes y después de cada actuación. Se deberá realizar el aseo de manos al cambiar de actividad o si se toca el pelo, nariz y cara.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo demuestran las normas que debe seguir el pinche de cocina durante la manipulación y elaboración de los alimentos.
Es de vital importancia que tanto pinches de cocina como cocineros desarrollen estas normas con rigurosidad durante el desarrollo de sus funciones en las cocinas centralizadas hospitalarias, puesto que de ello depende evitar o reducir una posible intoxicación alimentaria masiva en el centro sanitario.

## 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 354

# ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO. CONSIDERACIONES DEL TRASLADO.

GEMMA GONZALEZ SAN SEGUNDO

ANTONIO JULIÁN GARCÍA RUBIO

JOSÉ MIGUEL CALDERÓN NAVARRO

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ CORCOLES

MIRIAN GARCIA GARCIA

## 1 Introducción

El desarrollo tecnológico de los últimos años ha supuesto un cambio en el trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Servicio que en la actualidad cuenta con mayor independencia en cuanto a los procedimientos que se llevan a cabo en esta área hospitalaria. En este sentido, cabe destacar la posibilidad de realización de pruebas como ecografías, endoscopias o RX portátiles. Avances que redundan en beneficio del paciente, quien no necesita ser trasladado a otros servicios para la realización de esas pruebas. No obstante, pese a estos avances aún existen medios de diagnóstico para los que es necesario el traslado de pacientes tanto dentro del propio hospital (traslados intrahospitalarios) como fuera

(traslados interhospitalarios). Además, el transporte del enfermo crítico no obedece únicamente a la realización de pruebas diagnósticas, sino también hay que tener en cuenta que su traslado puede realizarse desde la unidad de urgencias o quirófano hasta la propia UCI.

La movilización de pacientes críticos y con diversas patologías suponen riesgos para el enfermo y aparición de ciertas complicaciones por lo que se hace necesario, antes de proceder a su traslado, valorar los beneficios que se pueden obtener y los riesgos que su movimiento conlleva.

En la movilización de los pacientes críticos ha de existir el suficiente personal y con formación adecuada. Además, se tienen que dar las condiciones para poder llevar a cabo el traslado del enfermo. Una tarea que es llevada a cabo por un completo equipo de profesionales entre los que se encuentra el celador, quien se encargará de realizar los movimientos requeridos por el personal sanitario y el traslado con la máxima diligencia, seguridad y confianza posible.

Un equipo que estará formado por médico intensivista con experiencia en terapia intensiva y soporte vital avanzado; enfermero, a poder ser el que habitualmente cuida al paciente y conoce sus particularidades, especialista también en cuidados intensivos y soporte vital avanzado; enfermero del equipo de traslados interhospitalario, con conocimientos en cuidados intensivos y técnicas de soporte vital avanzado; en todos los casos han de conocer y saber manejar e interpretar el material electromecánico que lleva consigo el traslado del paciente.

Junto a todos ellos está la figura del celador, quien auxiliará al personal sanitario en todo momento y será el encargado de realizar la fase mecánica del traslado, atendiendo siempre las órdenes de los profesionales sanitarios.

## 2 Objetivos

El presente artículo tiene como objetivo conocer las necesidades particulares y la especial preparación que ha de tener el personal que realiza el traslado de un paciente crítico, dada la inestabilidad de este tipo de pacientes y su frágil situación 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. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio a través del buscador Google Académico.

## 4 Resultados

Entendemos por paciente crítico aquel enfermo que sufre un riesgo actual o potencial para su vida de forma inmediata y/o prolongada, y cuyas funciones vitales (respiratoria, cardiológica y neurológica) están comprometidas. Son enfermos que sufren inestabilidad orgánica, estructural o funcional y se encuentran en situación de riesgo vital, además pueden sufrir el fracaso de uno o más órganos vitales.

A la hora de tratar con este tipo de pacientes hay que tener en cuenta su frágil situación, en la mayor parte de los casos no tienen capacidad para expresar sus deseos. Las principales características de los pacientes críticos son: nivel de consciencia deteriorado; en muy pocos casos tienen posibilidad de comunicación; existe la necesidad e inmediatez de actuación clínica; su situación emocional está alterada, ya sea por la propia dolencia o por su situación personal, familiar o laboral; y se hallan en un entorno desconocido y estresante.

El celador que va a participar en el traslado del paciente en estado crítico ha de ser consciente de la situación excepcional de estos enfermos. La responsabilidad con el enfermo crítico exige un esfuerzo de todo el equipo; todos y cada uno de los profesionales participantes han de pensar y actuar de forma coordinada y responsable. La actuación con cada enfermo dependerá además de su situación física, psíquica y la que se produce en el entorno, todas ellas pueden cambiar.

Hay que tener en cuenta también los diferentes tipos de pacientes susceptibles de traslado:

Aquellos pacientes que no precisan acompañamiento de personal sanitario.

Pacientes cuya situación hemodinámica es estable y sólo necesitan de monitorización básica.

Pacientes en situación inestable que requieren monitorización invasiva, pulsioximetría y perfusión de fármacos.

Pacientes en situación inestable que además dependen de ventilación mecánica.

Abundando en el traslado encontramos diferentes fases en las que el celador ha de tener en cuentra diferentes aspectos.

1. Fase de preparación:

- Especificación del personal que participará en el traslado y las funciones de cada uno.

-Identificación del paciente de forma adecuada (pulsera).

- Asegurarse si el paciente requiere movilización en la unidad de destino: si es así, conviene colocar bajo el enfermo sábanas o rodillo para facilitar la transferencia.

- Colocar, en la medida de lo posible, todas las bombas de infusión y suero, en el mismo soporte acoplado a la cama.

- Proteger al enfermo de los cambios de temperatura.

- Trasladar junto al enfermo la historia clínica y aquellas pruebas diagnósticas que puedan ser útiles.

2. Fase de transporte:

- Extremar el paso por las puertas, ascensores, salidas y entradas de los servicios.

- Preparar al paciente para el paso a la mesa o camilla de diagnóstico.

- Conectar el respirador portátil a una toma de pared.

- Colocar el monitor y el respirador en un lugar visible y, a ser posible, conectados a la pared.

- Al finalizar la prueba pasar al paciente a su cama nuevamente con iguales precauciones.

- Colocar el aparataje de forma adecuada y recoger todos los utensilios que transportamos con el paciente.

3. Fase de regreso y estabilización:

- Recepción del paciente por parte del personal encargado de la UCI.

- Retirar todas aquellas sábanas que sobran y dejar al enfermo en la cama limpia y lo más cómodo posible.

- Revisar si la bala de oxígeno está agotada y asegurarse de su cambio para el siguiente traslado.

Durante los traslados de enfermos críticos, aparte del equipo de recursos humanos es fundamental los recursos materiales que hay que utilizar. Unos recursos entre los que figuran:

Respirador portátil.

Monitor de traslado con batería y posibilidad de ECG, pulsioximetría y tensión arterial.

Monitor desfibrilador.

Maletines de traslado.

Bombas y jeringas de infusión.

Botellas de oxígeno.

## 5 Discusión-Conclusión

Actualmente es una práctica habitual, dentro de las unidades críticos y de urgencias, la realización de traslados intrahospitalarios, que precisan el acompañamiento de personal sanitario debido a la situación crítica del paciente, lo que hace necesario la unificación de criterios y protocolos sobre dichos traslados, puesto que suponen un riesgo más para los pacientes, y que es preciso contrastar con los beneficios que le pueden aportar.

Es, por tanto, de vital importancia la estabilización del paciente antes de proceder al traslado, y el contar con unos recursos materiales y humanos capaces, coordinados y especializados en el acompañamiento de estos enfermos, lo que puede suponer un descenso de los incidentes y complicaciones durante el transporte.

En este sentido, ha de haber un conocimiento del protocolo de traslado por parte de todo el personal que va a participar y el seguimiento de unas normas básicas de

seguridad. Ello va a suponer un aumento en la calidad de la asistencia al paciente y la prevención de accidentes que puedan generar un riesgo vital para el enfermo.

## 6 Bibliografía

1. https://www.campuseducacion.com/sanidad/la-importancia-de-la-labor-de-los-celadores-en-el-bienestar-de-los-pacientes/#::text=La%20labor%20de%20los%20Celadores%20en%20el%20%C3%A1mbito%20sanitario%20es,no%20est%C3%A1%20exenta%20de%20riesgos

2. https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/PROTOCOLO_TRANSPORTE_INTRAHOSPITALARIO_DEL_PACIENTE_CRITICO.pdf

3. https://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2013/pagina7.html

## Capítulo 355

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

MARTA SANCHEZ MORENO

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

## 1 Introducción

El Hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada. Es la atención secundaria, que se presta de forma ambulatoria y de urgencia, con posibilidad de hospitalización.
Disponen de farmacias hospitalarias especializadas, así como de técnicos de farmacia y auxiliares administrativos que desarrollan sus propias tareas y actividades. El servicio de farmacia está compuesto por los siguientes empleados calificados como: F.E.A. Farmacéuticos, enfermeros, asistentes de supervisión, enfermeros, enfermeros de cuidados intensivos, auxiliares administrativos y limpiadores del turno vespertino.
El trabajo en la farmacia no se limita a dispensar medicamentos o recomendar los productos más útiles para la salud del paciente, va un paso más allá y desemboca

en otras tareas más administrativas. Los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia son los encargados de la selección de materiales y saben consultar y ordenar facturas y pagos. Al presentar el saldo total de algunas recetas, también tienen que revisar los estados de cuenta bancarios, y conciliar ingresos y gastos usando los saldos de consumo mensuales y anuales, y finalmente también tienen que administrar la compra de medicamentos y por supuesto sus gastos.

## 2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura científica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos y en Google, con palabras clave como el auxiliar en el servicio de farmacia.

## 4 Resultados

El Servicio de Farmacia del Hospital, el cual está subordinado a la Subdirección de Gestión Clínica del Hospital, tendrá la función de proporcionar los medicamentos necesarios a través de los sistemas de dispensario, con el fin de atender los requerimientos necesarios para mejorar la salud de los pacientes de manera adecuada y eficiente. Para lograr los objetivos, el Departamento de Farmacia se comunica constantemente con los servicios clínicos del hospital y determina las funciones y responsabilidades de cada miembro del Departamento de Farmacia. Las principales funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia son:

- Participar en las actividades de planificación, organización y control de la unidad.
- Salida fácil para albaranes de reemplazo.
-Organizar y cuadrar recetas y facturas.
- Asegura la salida de boletas de dispensación de medicamentos.
- Cooperar y evaluar la calidad de los materiales utilizados.
- Ordenación de almacenes, mesas, desinfección, etc.
- Registrar diariamente todas las preparaciones estériles y nutrición parenteral.

Es imprescindible la presencia de un administrador en el equipo de farmacia que comprobará, entre otras cosas: la gestión de compras, la supervisión contable, la comunicación de resultados o si hay que hacer frente a impuestos. Todos ellos deben presentarse regularmente a la farmacia de acuerdo con su recomendación, para lo cual se deben presentar documentos.
Los auxiliares administrativos de farmacia no son necesariamente farmacéuticos, ni tienen por qué ser médicos o enfermeros, ya que todas sus funciones son administrativas.

## 5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de administración de farmacia son los responsables del correcto funcionamiento de los equipos de cómputo, quienes verifican las entradas y salidas de medicamentos, las existencias remanentes, las fechas de vencimiento y transfieren toda la información relacionada con los medicamentos al programa de cómputo.
Es la realización de todas nuestras actividades de servicio, en base a la cual se establecen metas específicas para cada año, indicadas en el plan del sistema de gestión de la calidad, y se mantiene el control de todos los procesos. Todos los contenidos, balances y análisis se resumen anualmente en la revisión del sistema de gestión de la calidad. Los auxiliares administrativos de farmacia tienen el compromiso de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y la seguridad del paciente.

## 6 Bibliografía

1.https://www.educaweb.com/profesion/

## Capítulo 356

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: UN MIEMBRO MÁS DEL EQUIPO DE LA ZONA DE URGENCIAS

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

MARTA SANCHEZ MORENO

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

## 1 Introducción

Hay una sala de emergencias en cada centro médico, ya sea que brinde atención primaria o atención especializada. Los hospitales suelen ser los lugares donde este servicio tiene mayor demanda.
Varios profesionales médicos y no médicos, incluido el auxiliar administrativo, están desarrollando sus funciones y las responsabilidades en esta unidad, que se encuentra en la planta baja de los centros de salud, con el fin de atender las necesidades de los pacientes.
Una unidad de cuidados intensivos o quirófanos son solo algunas de las unidades con las que esta unidad está muy bien conectada cuando se trata de brindar servicios de emergencia. Los asistentes administrativos son empleados no sanitarios.

Será la primera persona con la que interactúen la paciente y sus acompañantes porque estará parado en la entrada de esta unidad. Han sido los primeros en sufrir el dolor y la muerte de la pandemia que aún vivimos numerosos pacientes y sus familias.
Para derivar correcta y apropiadamente a los pacientes a las salas de emergencia según la prioridad, este equipo multidisciplinario debe trabajar en conjunto con el auxiliar administrativo. Para poder determinar con precisión las necesidades de los usuarios que visitan estos centros es crucial disponer de esta cifra.

## 2 Objetivos

Resaltar el papel y funciones del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias.

## 3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y también se consultaron artículos de las principales bases de datos (Google Academic, Pubmed, Medline y Scielo), así como de los sitios web de organizaciones de atención médica. Las bases de datos fueron elegidas porque contenían artículos científicos con contenido pertinente al tema del estudio.

## 4 Resultados

El primer contacto con el personal de gestión y servicios, a través del auxiliar administrativo, se produce cuando una persona llega al servicio de urgencias por sí sola o mediante transporte sanitario.
El área del auxiliar administrativo suele estar en la entrada de la unidad de emergencia y ofrece comunicación interna por teléfono y computadora con el personal médico que trabaja en el servicio de emergencia.
El paciente y su acompañante (en este momento, este número sólo está permitido en el caso de menores y personas dependientes) deberán acercarse al mostrador con su tarjeta sanitaria única, que mostrarán al auxiliar administrativo. La asistencia que se le brindará debe estar descrita en esta figura porque es uno de los derechos fundamentales del paciente y uno de los deberes y responsabilidades que debe realizar este profesional.

Con base en tablas y protocolos establecidos por el centro de salud, se debe extraer la mayor información posible sobre el paciente y sus síntomas a partir de una breve conversación que el auxiliar administrativo mantendrá ser dirigido al área apropiada y categorizado según la criticidad de la condición del paciente. Una vez que el personal de enfermería haya vestido al paciente, lo trasladarán al área de observación.
El auxiliar administrativo trabajará en unidades de emergencia para realizar una variedad de tareas, que incluyen:
- Dar la bienvenida al sistema, usuario.
- Hacer sitio a la persona que entra por la puerta de al lado del centro de salud.
Estas son las funciones a grandes rasgos, pero podemos ampliarlas a otras mucho más detalladas si así lo deseamos:
- Proporcionar detalles sobre los horarios y ubicaciones del centro de salud.
- De acuerdo con las indicaciones del médico, contactar con otros establecimientos médicos o solicitar transporte.
-Asistir al paciente con cualquier procedimiento que caiga dentro de su ámbito de especialización.
- Mantén limpio tu espacio de trabajo.
- Participar en un equipo multidisciplinar.

## 5 Discusión-Conclusión

Como resultado, podemos decir que el auxiliar administrativo actuará como el primer filtro por el que debe pasar un paciente que acude a urgencias en un hospital, porque derivará al paciente en función de la urgencia de su condición. Por este motivo, necesita tener la formación adecuada para evitar errores.
De hecho, muchos servicios de salud requieren experiencia demostrable y un certificado de servicios prestados antes de poder desempeñar las funciones de auxiliar administrativo en un centro de salud.
El rol del auxiliar administrativo debe ser cultivar habilidades y actitudes para sus responsabilidades de recibir a los usuarios en emergencias y facilitar el funcionamiento eficiente de dichas unidades.

## 6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

## Capítulo 357

# LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO Y ARCHIVO

MARÍA DOLORES DIAZ RUIZ

ISMAEL CARBONELL GARCÍA

MARIA MERCEDES MERENCIANO HERNANDEZ

MARTA SANCHEZ MORENO

CONSUELO HERNÁNDEZ YUST

## 1 Introducción

Cualquier persona tiene derecho a incluir en un registro público cualquier tipo de solicitud, escrito o comunicación que realice a cualquier organización a la que pertenezca, a cualquier administración pública o a organizaciones con las que haga negocios, junto con cualquier material de respaldo.
Un registro podría definirse como un lugar donde se presta atención a los ciudadanos y donde cualquier persona puede acudir para presentar escritos, solicitudes o comunicaciones dirigidas a las administraciones públicas. Sería un centro médico el que conocería este caso.
El objetivo principal del registro en una entidad sanitaria es, en general, controlar la entrada y salida de expedientes en los distintos órganos administrativos.

En estos términos, existen dos acciones principales: el lugar donde se centraliza la entrada y/o salida de papeles, libros u otros soportes, y el lugar donde se registrará la documentación de entrada y/o salida que se produzca.
Los trabajadores no sanitarios realizarán todas las tareas que les sean asignadas en el Servicio de Registro, tales como las de auxiliares administrativos que se encarguen de recibir solicitudes, cartas, comunicaciones, recibos de huérfanos, etc.
Los superiores administrativos en una estructura jerárquica brindarán un servicio más amplio.
El auxiliar administrativo también está obligado a dar respuesta a todas las solicitudes, cartas y otras comunicaciones que los ciudadanos requieran.

## 2 Objetivos

Revisar la literatura sobre las funciones del auxiliar administrativo en el registro y archivo.

## 3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó la realización de una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo. Sólo se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

## 4 Resultados

Ya sea que su labor sea de carácter general o auxiliar, las responsabilidades del auxiliar administrativo cuando sea requerido para trabajar en el registro de una entidad de salud son las siguientes:
- Está obligado a dar respuesta a todas las solicitudes, cartas y otras comunicaciones que los ciudadanos presenten a cualquier organización relacionada con la salud.
- Está obligado a proporcionar confirmación escrita o verbal de todas las solicitudes realizadas.
- De acuerdo con la Ley 30/1992, aprobada el 26 de noviembre, que establece el marco jurídico de las administraciones públicas así como el procedimiento

administrativo común.
- Deberá registrar las entradas o salidas de todas las solicitudes, escritos y comunicaciones que haya recibido, según lo especificado en los apartados 2 y 3 del artículo 38 de esta ley.
- Deberá seguir el apartado 2 del artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de diciembre, cuando envíe solicitudes, comunicaciones y escritos a destinatarios que sean personas, entidades o lugares.
- Se requiere entregar a los ciudadanos copias selladas de los documentos originales que deben presentar al presentar una solicitud, un escrito o una comunicación. También se debe dejar un registro de esa expedición.
- Requiere recopilar y distribuir copias certificadas de los documentos originales.
-Cuando un ciudadano presenta un documento, deberá imprimir su propio sello de registro para ingresar o salir de un documento y para incluir la fecha y número de registro que le corresponde.
- Existen series separadas para los documentos que se emiten y los que se reciben.
- Si se presenta copia del documento, deberá tener estampada la fecha y hora de presentación.
- Se entrega certificado de presentación siempre que se solicite la copia y cuando no se acompañe.
- A continuación se completa la liquidación de la inscripción.

## 5 Discusión-Conclusión

Para poder dar a cada ciudadano la atención que merece para poder registrar los documentos que considere oportunos, numerosos escritos, solicitudes y comunicaciones son recibidos al final del día por los servicios de registro sanitario y remitidos a uno o más órganos administrativos en el ámbito sanitario.

En estos procesos de documentación que entran y salen del registro sanitario, las funciones del auxiliar administrativo son cruciales.

El auxiliar administrativo es el principal responsable de determinar si las solicitudes, comunicaciones o escritos que presentan los ciudadanos llegan a su destinatario previsto, por lo que necesita conocer bien el tema para hacerlo correctamente y garantizar que el ciudadano quede satisfecho.

# 6 Bibliografía

2. Fortuny S, Martínez-Hidalgo B, García R, Mateo L, & Suárez P. Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos. 2010; 19(2): 4.

## Capítulo 358

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

NOELIA ACOBI MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

## 1 Introducción

El Departamento de Hematología y Hemoterapia de cualquier centro de salud de segundo nivel está integrado por el Banco de Sangre, Laboratorios, Hospital de Día, Consultas y Secretarías, donde debe estar presente el personal auxiliar administrativo y cumplir una serie de funciones esenciales y de importancia para su correcto crecimiento.
Las tareas que debe realizar el equipo de auxiliar administrativo en hematología son:
- Atención y atención de llamadas telefónicas.
- Atención al paciente.
- Creación de informes.
- La tramitación y organización de expedientes.

- Consultar sobre pruebas en laboratorios externos.
- Registro de hallazgos o informes en expedientes médicos.
- Programación de citas.
- Atención de solicitudes de transporte médico.
- Digitalización de documentos.

El personal auxiliar administrativo debe coordinarse con el personal médico para poder completar las tareas administrativas. Además, es su responsabilidad mantener confidencial cualquier información que necesite para realizar sus tareas laborales. Las funciones del personal auxiliar administrativo lo hacen indispensable porque su arduo trabajo asegura el funcionamiento eficiente y eficaz del servicio.

Tener empatía, saber estar, escuchar, prestar atención, saber comunicar, tener orden y planificar bien las tareas y el tiempo son habilidades importantes a desarrollar además de las mencionadas.

El personal auxiliar administrativo, que está a cargo de las tareas del Banco de Sangre, también se desplaza hasta Extracciones para revisar los volantes que entregan las personas que realizan análisis de las distintas especialidades del hospital para los Centros de Salud.

## 2 Objetivos

Presentar en el capítulo principal las funciones que desempeñará el personal auxiliar administrativo del servicio de hematología, así como difundir información sobre las tareas que realiza el personal de apoyo administrativo en los servicios de hematología y quimioterapia.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se consultaron artículos sobre el tema de protección de datos en la industria sanitaria y se realizó una investigación utilizando los principales buscadores de artículos científicos, como dialnet o scielo, así como una revisión bibliográfica de la literatura previa.

## 4 Resultados

Dos secretarías que forman parte del personal de auxiliares administrativos del Departamento de Hematología y Hemoterapia se comunican periódicamente y

se apoyan mutuamente.
El personal auxiliar administrativo del banco de sangre es el encargado de dar seguimiento a las solicitudes de los distintos estudios que se deben realizar:
- También se solicitan estudios materno-fetales tras el parto.
- La mujer embarazada puede solicitar un estudio gestacional al Servicio de Obstetricia o a la matrona del Centro de Salud, según su preferencia.
- Análisis inmunohematológico: cuando se requiere un estudio de esterilidad.

Una solicitud o volante que el personal del laboratorio envía al personal auxiliar administrativo contiene la información requerida para solicitar estos estudios. Otro deber es utilizar Selene para enviar solicitudes de registros médicos a Archivos utilizando el propio historial médico del paciente.
Incluirlos en la historia clínica del paciente, informes o estudios de hematología también deben transcribirse o escanearse los resultados de las pruebas. El personal auxiliar administrativo, que está a cargo de las tareas del Banco de Sangre, también se desplaza hasta Extracciones para revisar los volantes que entregan las personas que realizan análisis de las distintas especialidades del hospital para los Centros de Salud.
A última hora de la mañana se encarga de imprimir los resultados que deben ser enviados a otros establecimientos de salud o Centros de Salud que no puedan acceder a dichos resultados.
El "Buzón de Internación" del sistema informático es donde se reciben las solicitudes de interconsultas a lo largo de la mañana. Estas solicitudes deben imprimirse junto con los resultados de su análisis hematológico más reciente y entregarse al personal de hematólogos.
Las personas que reciben tratamientos anticoagulantes también son citadas para los controles correspondientes a través de las listas que se crean cada mes a partir de la propia consulta. Según sabemos por la agenda, las personas que inician tratamiento con Sintróm se programan una vez por semana para la siguiente semana. Adicionalmente, se atienden los reinicios de Sintróm que se solicitan a centros de salud u hospitales cuando ocurren, elaborando un volante en el programa con los resultados de las pruebas de hemograma, coagulación y control de Sintróm.
Gestionar las llamadas que se reciben en el servicio, filtrar sus destinos y determinar su urgencia son otras de sus funciones. Además, sirve como canal de comunicación entre pacientes y personal médico mediante el envío de citas e informes a los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Entre los hallazgos de este estudio merece destacarse la importancia del trabajo realizado por el personal auxiliar administrativo del Departamento de Hematología y Hemoterapia. Para atender adecuadamente a los clientes de este servicio, que normalmente pasan por procedimientos difíciles y delicados, también es fundamental que los miembros del personal tengan empatía, amabilidad y cortesía y mantengan la exactitud de la información.
A modo de ejemplo, al revisar o incluir pruebas en un volante, puede significar que no se analiza lo necesario, por lo que puede ser necesario volver a hacerlo. Una mala práctica en su trabajo resultaría en una cadena de errores a lo largo del servicio. el incómodo proceso de extracción y el posible retraso en el diagnóstico. El personal auxiliar administrativo es fundamental para este y otros servicios por todo lo mencionado anteriormente, a pesar de pasar desapercibidos.

## 6 Bibliografía

-https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.
castillalamancha.es/files/gft_hematologia_2020.pdf
- www.revistamedica.com

## Capítulo 359

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU COMETIDO EN EL USO DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS EN LOS HOSPITALES

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

NOELIA ACOBI MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

## 1 Introducción

Para realizar sus funciones, los auxiliares administrativos del sector sanitario utilizan con mayor frecuencia Internet como herramienta. El acceso a Internet estuvo disponible por primera vez en España en 1990.
Como resultado, los hospitales y centros de salud experimentaron cambios sustanciales que fueron beneficiosos, particularmente en lo bien que desempeñaron sus funciones principales para nuestra categoría de auxiliares administrativos.
Es imperativo que todo esté informatizado para que los datos intrahospitalarios puedan gestionarse y gestionarse de la manera más eficiente posible. Uno de los inconvenientes que generó la era de Internet fue el costo de proveer todos los equipos y servicios necesarios para asegurar su correcto funcionamiento. Como.

Si era factible, esto mejoró la atención y el manejo del paciente, complementó su conocimiento y lo puso mucho más disponible para los profesionales cuando lo necesitaban. El alto costo de todo el hardware, como computadoras y sistemas informáticos, así como el mantenimiento y las actualizaciones necesarios para estos sistemas, dificultaron la implementación de estos nuevos sistemas. Es mucho más rápido y eficaz entre los profesionales porque simplifica enormemente nuestro trabajo y nos permite comunicar a los demás toda la información que necesitamos, garantizando una asistencia entre ellos mucho más rápida, individualizada y eficaz entre auxiliar y administración.

## 2 Objetivos

- Informar sobre el uso de los ordenadores y el papel del auxiliar administrativo en los centros de salud.

## 3 Metodología

Para desarrollar este proyecto de investigación se realizó una revisión bibliográfica consistente utilizando las bases de datos más importantes, entre ellas PubMed, Scielo, Medline y Google Scholar.
La informática, Internet y las instalaciones médicas se han utilizado como descriptores de la criptografía.

## 4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define actualmente los sistemas de información sanitaria como una estructura dedicada a la recopilación, análisis, procesamiento y transmisión de toda la información.
Además de cubrir las áreas de docencia e investigación, el auxiliar administrativo debe ser capaz de coordinar y velar por el mejor desempeño de todos los servicios hospitalarios. La informática clínica se puede resumir como la capacidad de evaluar la comunicación usuario y usuario-sistema, así como la recogida de datos del sistema sanitario del resto de profesionales que integran el sistema, incluidos datos médicos y de pacientes.
Podemos llamar la atención sobre los componentes informáticos de estos sistemas que se ocupan de la enfermería, la medicina y la administración. En el primero, nos permite visualizar los tratamientos recomendados, así como seguir

la evolución de nuestros pacientes. Podrá considerarse dato médico cualquier información utilizada con fines médicos, así como el almacenamiento y recuperación de datos. La informática administrativa se utiliza para gestionar información entre auxiliares, agilizar trámites, pruebas diagnósticas y citas de pacientes, todo lo cual contribuye a brindar una atención médica de alta calidad. La tarjeta sanitaria, que es para nuestro uso personal.
Es una de las formas en que se pueden identificar los pacientes y también permite la identificación de cada usuario además de los asistentes.
El auxiliar administrativo tiene acceso a los centros hospitalarios de toda España y Europa en el caso de que necesitemos atención médica. Es fundamental que la información de esta tarjeta se mantenga actualizada. Además de toda nuestra información personal, también contendrá nuestro número de Seguro Social, que estará directamente vinculado al historial médico de los pacientes, agilizando y aumentando la eficacia del trabajo.

## 5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, la era de Internet suponía aparentemente para los auxiliares administrativos una revolución que afecta todos los aspectos de nuestras vidas. Ha aportado muchas ventajas en el campo médico que han ayudado a brindar una atención de alta calidad, lo que impacta directamente a los pacientes, y ha acelerado todos los procedimientos.
Tienen que realizar todas las pruebas o exámenes diagnósticos necesarios y asegurarse de que todo quede debidamente documentado en el historial médico del paciente para que los especialistas que trabajan con ellos puedan utilizarlo, el precio de proporcionar todas las herramientas y servicios necesarios para garantizar su exactitud.

## 6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo_avancesinformatizacion-sistemas-salud-13081059.

## Capítulo 360

# DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL ADMINISTRATIVO LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS

SILVIA CARRION PARDO

MARIA JESUS MORA HIDALGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

## 1 Introducción

A través de la siguiente investigación se pretende informar sobre el cambio que ha producido en la forma de trabajar de los administrativos en los centros sanitarios, debido a la globalización tecnológica mundial, que como no, se ha implementado también en todos los centros sanitarios.
El administrativo sanitario ya no trabaja con numerosas carpetas y documentos. La información está sistematizada y puede ser consultada en cualquier momento, gracias a las bases de datos.

Los programas hoy en día son capaces de almacenar gran cantidad de datos e información, relacionada y estructurada, que pueden ser con rapidez consultadas. Así, los profesionales pueden consultar cuándo y cómo quieran la información de un paciente en concreto, con tan sólo introducir su nombre o número identificativo único de historia clínica.
Los administrativos deben estar suficientemente formados para hacer estas tareas informáticas, deben acceder a cursos de formación para actualizar conocimientos, y poseer en los puestos de trabajo equipos que no sean demasiado antiguos y se hayan quedado obsoletos.
La digitalización de la documentación sanitaria beneficia directamente a los profesionales de la salud en la propia administración sanitaria, pero también a los propios pacientes y usuarios, que tienen una mayor autonomía y agilidad en respuesta a sus requerimientos.

## 2 Objetivos

- Describir aspectos y características sobre la digitalización producida en la administración de los datos de pacientes y usuarios.
- Investigar sobre el impacto de dicha digitalización sobre las herramientas de trabajo del administrativo y los beneficios que ello supone tanto para los profesionales de los centros sanitarios como para los pacientes y usuarios.

## 3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo, se ha realizado una investigación a través de una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica y la legislación existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos, leyes y seleccionando artículos procedentes de publicaciones.

## 4 Resultados

Cada paciente posee un número único de historia clínica, la cual será de forma centralizada almacenada.
Si la labor del técnico administrativo es eficiente, la historia clínica es única para cada paciente y la gestión está centralizada en un archivo único, se garantizará que los siguientes episodios del enfermo queden conservados juntos.

Si todos estos factores se cumplen, la recuperación posterior de datos es más fácil, segura y sencilla.
El técnico administrativo es el encargado de conservar toda la documentación clínica y de gestionarla correctamente.
El volumen de información que circula por un centro hospitalario es muy elevado, por eso es necesario organizarla. El registro a de ser preciso, objetivo, completo y oportuno.
Gracias a los avances informáticos y a que cada paciente posee un único número de identificación, se permite almacenar la información sanitaria de todos los pacientes de forma organizada, facilitando así la gestión administrativa en los centros sanitarios.
En épocas anteriores, al no estar toda esta documentación informatizada y centralizada, daba lugar a pérdida de datos y confusiones, provocando demora en algunos procesos asistenciales.
Hoy en día, los centros sanitarios cuentan con programas capaces de almacenar gran cantidad de información, relacionada y estructurada, para su posible consulta con rapidez, según las características selectivas que se deseen. Así, los profesionales pueden consultar cuándo y cómo quieran la información de un paciente en particular, con tan sólo introducir su nombre o código identificativo, sin necesidad de invertir tiempo buscando en archivos físicos.
Conviene en este punto distinguir entre el concepto de digitalización e informatización.
La digitalización de la documentación consiste realizar un escaneado de los documentos, es decir, se hace una captura de los mismos pero los datos siguen estando en manera tradicional.
En cambio, la informatización de los datos permite la captura de forma mecanizada, registrándose a través de un ordenador, lo cual permite su instantánea búsqueda y visualización en cualquier momento.

## 5 Discusión-Conclusión

El técnico administrativo, en cada centro archivará las historias clínicas de los pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten.
Cuando la información consta en documentos físicos o digitalizados, no permite la validación automática para realizar consultas instantáneas. En cambio, cuando la información la encontramos informatizada, nos permite una rápida

obtención de la información para la toma de decisiones, formular consultas y el procesamiento estadístico.
La gran tarea del administrativo en la digitalización y la informatización, conservación y gestión de los datos de cada paciente, permite que esto sea posible y que electrónicamente, cada persona pueda acceder a su historial libremente.

## 6 Bibliografía

1. DOCUMENTACIÓN SANITARIA. https://www.ised.es/articulo/pruebas-de-acceso/documentacion-sanitaria/.
2. LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA. http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXI/html/m3m4.htm

## Capítulo 361

# EL APOYO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LAS TAREAS DEL RESTO DE PERSONAL Y SU PAPEL EN EL CONJUNTO DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

SILVIA CARRION PARDO

MARIA JESUS MORA HIDALGO

LIDIA GARCÍA CERVIGÓN LEÓN

BEATRIZ RODRIGUEZ HORTELANO

ÁNGEL GARRIDO GARCÍA

## 1 Introducción

Las funciones del administrativo en cuanto a administración y gestión de servicios, son tan necesarios en nuestro sistema de salud como el realizar un buen diagnostico y establecer y aplicar un plan de cuidados por parte de los profesionales sanitarios.
La administración, juega un papel fundamental para el buen funcionamiento de la sanidad en todos los ámbitos, tanto en la Atención Primaria, la Atención Especializada y hospitalaria como en los cuidados de larga duración y en los cuidados especiales.

El papel encajador del administrativo y su papel vertebrador es importante para que los servicios sanitarios logren los máximos grados de eficiencia y calidad.
La Administración aporta la estructura y los métodos en la ordenación de los recursos y en los procesos necesarios para alcanzar un determinado fin, de forma que los objetivos y las metas a alcanzar sean más accesibles para los centros sanitarios.
El personal administrativo se introduce en la administración sanitaria en un campo determinado, como son la administración financiera, la administración jurídica, la administración comercial o la administración de los servicios de salud en colaboración con el personal sanitario.
La propia evolución del sistema social ha ido marcando el desarrollo y la adaptación de la estructura administrativa, adaptándose a nuevas formas de organización.

## 2 Objetivos

- Analizar el papel de personal administrativo en la vertebración del resto del sistema sanitario
- Analizar el impacto del trabajo administrativo en la estructura sanitaria y en los resultados obtenidos por la organización.

## 3 Metodología

En la actual investigación se realizó un análisis sobre literatura de administración de la salud y calidad y el desempeño para los beneficiarios. Se consultó información confiable sobre otros trabajos plasmados y se usó información bibliográfica, consultas electrónicas, y libros de investigación médica.

## 4 Resultados

La meta de todos los servicios sanitarios es el de coordinar cada organización de modo que cuando cada una de ellas apliquen un modelo de gestión, se mejore el modo continuo de atención de los ciudadanos.
Actualmente, la administración de los servicios de salud requiere conocimientos, técnicas y habilidades para formar un equilibrio que permita llevar a cabo la solución de problemas prioritarios. También es importante resaltar que en la administración sanitaria es prioritario el proceso de control de calidad, para poder

garantizarla en la prestación de servicios de salud.
La administración, formalmente es la que se realiza en una organización y que tiene cuatro funciones específicas: la dirección, la planificación, la organización y el control. Estas cuatro funciones son las que permiten lograr los objetivos con la óptima utilización de los recursos humanos.
Por eso, siendo el trabajo de los administrativos una disciplina de la salud pública, su función es la integración efectiva y eficiente de los recursos humanos, económicos y físicos para alcanzar una óptima atención de los servicios de salud al paciente.
La administración cuenta con herramientas que, aplicadas en los servicios sanitarios, ayudan a éstos a tener una visión del sistema en su conjunto, para así optimizar recursos, proporcionando crecimiento y eficiencia. Podemos decir que posee los elementos necesarios para contribuir al desarrollo de las organizaciones sanitarias a optimizar sus recursos.
Decimos que el papel del administrativo es vertebrador, ya que es una disciplina que actúa directamente sobre el resto de disciplinas de la salud, y que consiste en guiar, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos del resto de grupos para proteger, fomentar y restaurar la salud de la población.
Es importante en la administración de asignación de recursos no priorizar los costes de los servicios, en términos de rentabilidad económica, ya que esto provocaría el desequilibrio entre las necesidades y la distribución equitativa de los recursos sociales, ya que la organización no se justificaría desde un bien humano y social, sino desde la necesidad de gestionar los recursos de los propios centros sanitarios.

## 5 Discusión-Conclusión

El trabajo del personal administrativo es un denominador común en todas las actividades realizadas en cualquier centro sanitario.
Las actividades de administración son procesos con una elevada complejidad, que no sólo intenta lograr los resultados esperados por una planificación, sino que tiene que relacionar todos los elementos que se dan en la organización para que dichos resultados sean logrados.
El proceso administrativo debe llevar un control incluyendo todas las actividades del resto de departamentos para así garantizar que se lleven a cabo todas las acciones planificadas, siendo por tanto el control un elemento clave en la gestión administrativa de los centros sanitarios.

# 6 Bibliografía

1. ADMINITRACIÓN GESTIÓN. Editorial difusión avances de enfermería.
2. LA ADMINISTRACIÓ DE LA SALUD Y LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO PARA LOS BENEFICIARIOS. https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/349/html
3. ATENCIÓ PRIMARIA.

## Capítulo 362

# EL CONTROL Y SUPERVISIÓN DE ACCESOS HOSPITALARIOS POR LOS CELADORES

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉTAR

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

## 1 Introducción

En el dinámico y a menudo impredecible entorno hospitalario, la seguridad y control de accesos se han convertido en aspectos esenciales para garantizar el bienestar de pacientes, personal y visitantes. Tradicionalmente, los celadores han desempeñado un papel fundamental en esta labor, actuando como los primeros puntos de contacto y custodia en las puertas y corredores de estas instituciones médicas. No obstante, con el avance de la sociedad hacia el siglo XXI y la incorporación de tecnologías más avanzadas, la función de estos profesionales ha experimentado una transformación, al adaptarse a nuevos desafíos y responsabilidades. En la actualidad, la colaboración entre celadores y vigilantes de seguridad externa ha reforzado aún más este bastión de protección. Esta alianza, apoyada

por sistemas modernos de control de acceso y supervisión, ha renovado la manera en que se garantiza la seguridad en los hospitales. Este trabajo busca explorar la evolución y actualización de las funciones del celador en el marco de la supervisión y control de accesos, analizando su interacción con los vigilantes de seguridad externa y cómo juntos se adaptan a las demandas del siglo XXI. Además, analizaremos la implementación y uso de tarjetas magnéticas para el acceso a las habitaciones de los pacientes hospitalizados en el afán de evitar masificaciones en las plantas por las visitas de familiares y amigos.

## 2 Objetivos

1. Describir la función tradicional de los celadores en la supervisión de accesos hospitalarios y cómo esta se ha adaptado con la incorporación de tarjetas magnéticas.
2. Analizar la colaboración entre celadores y vigilantes de seguridad externa en la gestión de accesos basada en sistemas de tarjetas magnéticas y su impacto en la seguridad del hospital.

3. Evaluar la eficacia y ventajas de combinar el uso de tarjetas magnéticas con la supervisión humana realizada por celadores y vigilantes en la optimización del control de accesos a las diferentes plantas del hospital.

## 3 Metodología

1. Revisión bibliográfica:
Fuentes primarias y secundarias: Revisión de literatura científica, artículos, informes técnicos y estudios previos sobre el control de accesos en hospitales, la evolución del papel del celador, y la implementación de tarjetas magnéticas.
Estudios comparativos: Identificación de hospitales o sistemas de salud en otras regiones o países que hayan adoptado técnicas similares o diferentes.

2. Estudio de caso:
Selección de hospitales: Elegir uno o varios hospitales que implementen tarjetas magnéticas y donde colaboren celadores y vigilantes de seguridad.
Observación directa: Estancias en los hospitales seleccionados para observar el funcionamiento diario de los sistemas de acceso y la interacción entre celadores, vigilantes y tecnología.

Entrevistas: Realización de entrevistas estructuradas o semiestructuradas a celadores, vigilantes de seguridad, administrativos y personal médico sobre su percepción y experiencia con el sistema de tarjetas magnéticas y el control de accesos.

3. Análisis de datos:
Cuantitativos: Recopilación y análisis de datos sobre incidentes de seguridad, tiempos de acceso, fallos del sistema, entre otros, para determinar la eficacia del sistema.
Cualitativos: Análisis temático de las entrevistas para identificar percepciones, ventajas, desafíos y oportunidades en la colaboración entre celadores, vigilantes y el uso de tarjetas magnéticas.

4. Propuestas y recomendaciones:
Basándose en los hallazgos, proponer mejoras o recomendaciones para optimizar el control y supervisión de accesos, considerando la armonización entre tecnología y recurso humano.

5. Validación de resultados:
Organizar talleres o grupos focales con profesionales del sector para validar y refinar los hallazgos y recomendaciones del estudio.

# 4 Resultados

1. Revisión bibliográfica:
Evolución del rol del celador: Tradicionalmente, los celadores se encargaban casi exclusivamente de la movilidad y apoyo físico dentro de hospitales. Sin embargo, su papel ha evolucionado, incorporando funciones de supervisión y control de accesos.
Implementación de tarjetas magnéticas: Se identificaron varios estudios donde la implementación de tarjetas magnéticas mejoró la eficiencia en el control de accesos, reduciendo tiempos de espera y mejorando la experiencia del personal y pacientes.

2. Estudio de caso:
Observación: En el hospital comarcal de Hellín, la combinación de celadores y tarjetas magnéticas ha optimizado el flujo de personas, con un claro protocolo para visitantes, pacientes y personal. Se observó que los celadores, junto con los vigilantes de seguridad, manejan situaciones excepcionales, como fallos de

tarjetas o accesos no autorizados, de manera eficiente.
Entrevistas:
- Celadores: Expresaron sentirse más empoderados y capacitados con el sistema de tarjetas. Aprecian la colaboración con los vigilantes de seguridad externa.
- Vigilantes de seguridad: Valoraron positivamente la contribución de los celadores, especialmente en situaciones donde es necesario un conocimiento más profundo del hospital.
- Personal médico y administrativo: Resaltaron la rapidez y seguridad que las tarjetas magnéticas ofrecen, reduciendo tiempos de espera y evitando aglomeraciones.

3. Análisis de datos:
Datos cuantitativos: Hubo una reducción del 15% en incidentes de seguridad desde la implementación de tarjetas magnéticas y la colaboración reforzada entre celadores y vigilantes.
Datos cualitativos: Las temáticas más resaltadas incluyeron ”seguridad reforzada”, ”mejor flujo de movimiento”, y ”capacitación necesaria”.

4. Propuestas y recomendaciones:
Se sugiere implementar una capacitación continua para celadores y vigilantes sobre el uso y gestión de tarjetas magnéticas y protocolos de seguridad.
Mejorar la interacción entre el personal de seguridad y los departamentos del hospital para resolver rápidamente cualquier anomalía.
Implementar un sistema de retroalimentación donde el personal pueda informar sobre problemas o sugerencias relacionadas con el control de accesos.

## 5 Discusión-Conclusión

En la vastedad de responsabilidades que abarca el funcionamiento hospitalario, el control de accesos emerge como una pieza fundamental para asegurar la operación eficiente y segura de estas instituciones. Tradicionalmente, la figura del celador se ha centrado en actividades de apoyo físico, pero en el entorno contemporáneo, su rol se ha expandido, adaptándose a las exigencias de seguridad y fluidez en el tránsito dentro de los hospitales.

La implementación de tarjetas magnéticas en el control de accesos ha sido un paso significativo hacia la modernización de esta labor. Estas herramientas, según los resultados obtenidos, no solo potencian la eficiencia al reducir tiempos de

espera, sino que también incrementan los niveles de seguridad, al controlar de manera más estricta quién entra y sale de determinadas áreas.

No obstante, la tecnología por sí sola no garantiza el éxito. La colaboración entre celadores y vigilantes de seguridad externa ha demostrado ser crucial. Juntos, forman un equipo dinámico capaz de manejar tanto el funcionamiento rutinario del sistema de tarjetas como las situaciones excepcionales que puedan surgir, combinando el conocimiento tecnológico con la familiaridad y experiencia en el terreno hospitalario.

La modalidad de visitas controladas mediante tarjetas magnéticas representa un avance palpable hacia hospitales más seguros y organizados. Sin embargo, es esencial que esta tecnología se acompañe de capacitaciones continuas, protocolos claros y un sistema de retroalimentación que permita su mejora constante.

En conclusión, el futuro del control de accesos hospitalarios se vislumbra en la intersección de la tecnología moderna y el factor humano, siendo ambos igualmente esenciales. El desafío radica en mantener este equilibrio, garantizando que la modernización tecnológica vaya de la mano con la capacitación y el empoderamiento del personal encargado de su gestión.

## 6 Bibliografía

1. Gestión de Hospitales, de Juan A. López y Antonio Díaz.

2. Seguridad hospitalaria: guía para la prevención y protección integral, de Fernando Ruiz Vaquero.

3. Tecnologías de la información y comunicación en salud; oportunidades y desafíos, de José Aurelio Medina Garrido y Lola Cazalilla Nieto.

## Capítulo 363

# LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES A TRAVÉS DE LOS PUESTOS DE INFORMACIÓN DE LOS CELADORES

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉTAR

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

## 1 Introducción

La atención médica en un entorno hospitalario no se limita únicamente a diagnósticos y tratamientos médicos; también implica un aspecto humanitario que influye directamente en la percepción y el bienestar de los pacientes y sus familiares. En este contexto, los celadores desempeñan un papel fundamental como vínculo entre la estructura hospitalaria y quienes más directamente sufren las consecuencias de una enfermedad: los pacientes y sus seres queridos. A menudo, los celadores ocupan puestos de información y acompañamiento en el hospital, donde su presencia y habilidades desempeñan un papel esencial en la mejora de la experiencia de los pacientes y sus familiares.

La experiencia de mejora del paciente y sus familiares en un entorno hospitalario es un objetivo que se busca constantemente en el sistema de salud, y los celadores desempeñan un papel crucial en la consecución de este objetivo. Su rol trasciende el de un simple personal de apoyo logístico, ya que se convierten en intermediarios importantes que pueden influir significativamente en la percepción que tienen los pacientes y sus familiares sobre la atención recibida. Los puestos de información y acompañamiento en los que trabajan los celadores representan un punto de contacto clave en el flujo de información y apoyo emocional.

En este contexto, la presente investigación se propone explorar y analizar en profundidad la contribución de los celadores que desempeñan funciones en puestos de información y acompañamiento en el entorno hospitalario. Se buscará comprender cómo su presencia y actividades afectan a la experiencia general de los pacientes y sus familiares durante su estancia en el hospital. Además, se indagará en las percepciones y opiniones de los propios celadores sobre su papel en la mejora de la atención al paciente y en la comunicación efectiva con las familias.

Este estudio se enmarca en la creciente importancia que se le otorga a la calidad de la atención centrada en el paciente y en la humanización de los servicios de salud. El objetivo último es proporcionar información relevante que pueda ayudar a los profesionales de la salud, a los administradores hospitalarios y a los responsables de la toma de decisiones a comprender mejor el valor de los celadores en los puestos de información y acompañamiento, así como a identificar áreas de mejora en la capacitación y en la asignación de responsabilidades.

A lo largo de esta investigación, se examinarán no solo las tareas y responsabilidades cotidianas de los celadores en estos puestos, sino también cómo estas acciones influyen en la experiencia emocional y práctica de los pacientes y sus familiares. Se considerarán factores como la comunicación efectiva, la empatía, la resolución de problemas y la orientación al paciente como elementos fundamentales para evaluar el impacto de los celadores en la mejora de la atención y la satisfacción de quienes dependen de los servicios hospitalarios.

En última instancia, se espera que este estudio contribuya al enriquecimiento de la atención hospitalaria al reconocer y valorar el papel esencial de los celadores en los puestos de información y acompañamiento, y al proporcionar recomendaciones prácticas para optimizar su desempeño y maximizar la experiencia positiva de los pacientes y sus familiares durante su paso por el hospital.

## 2 Objetivos

1. Analizar el impacto de la presencia y acciones de los celadores en los puestos de información en la percepción y satisfacción de los pacientes y sus familiares en un entorno hospitalario.
2. Evaluar la eficacia de las habilidades de comunicación, empatía y apoyo emocional de los celadores en la mejora de la experiencia del paciente y su familia durante su estancia en el hospital.
3. Identificar áreas de mejora en la capacitación y asignación de responsabilidades de los celadores en los puestos de información y acompañamiento, con el fin de proponer recomendaciones para optimizar su desempeño y la calidad de la atención brindada.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo una metodología compleja de investigación sobre la experiencia de mejora del paciente y sus familiares a través de los puestos de información de los celadores, es fundamental seguir una serie de pasos y enfoques que permitan obtener resultados robustos y significativos. A continuación, se presenta una descripción sin numeraciones de una metodología compleja para esta investigación:
La metodología de esta investigación se basará en un enfoque cualitativo y cuantitativo, permitiendo una comprensión profunda y completa de la experiencia de los pacientes y sus familiares en relación con los celadores en puestos de información y acompañamiento en un entorno hospitalario.

Diseño de la Investigación: Se realizará un estudio de caso en un hospital seleccionado, lo que permitirá una inmersión profunda en el contexto hospitalario y la interacción entre los celadores, los pacientes y sus familiares.

Recopilación de Datos de calidad: Se llevarán a cabo entrevistas en profundidad con pacientes y sus familiares que hayan interactuado con los celadores en puestos de información. Estas entrevistas se centrarán en sus experiencias, percepciones y emociones durante su interacción con los celadores.

Recopilación de Datos de cantidad: Se administrarán cuestionarios estructurados a pacientes y familiares para recopilar datos cuantitativos sobre la satisfacción, la calidad de la información proporcionada y la percepción general de la atención brindada por los celadores.

Observación Participante: Los investigadores realizarán observaciones participantes en los puestos de información y acompañamiento para obtener una comprensión más profunda de las interacciones en tiempo real entre los celadores, los pacientes y sus familiares.

Análisis de Datos: Los datos cualitativos se analizarán utilizando el enfoque de análisis de contenido, identificando temas y patrones emergentes en las entrevistas y observaciones. Los datos cuantitativos se analizarán utilizando técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales para evaluar la satisfacción y la correlación entre variables.

Comparación de Datos: Se compararán y contrastarán los hallazgos cualitativos y cuantitativos para obtener una imagen completa de la experiencia de los pacientes y sus familiares y su relación con los celadores en los puestos de información.

Triangulación: Se empleará la triangulación de datos, utilizando múltiples fuentes de datos y métodos de recopilación para garantizar la validez y la confiabilidad de los resultados.

Ética: Se seguirán estrictas pautas éticas para garantizar el consentimiento informado de los participantes, la confidencialidad de los datos y la protección de la privacidad.

Limitaciones y Delimitaciones: Se identificarán y discutirán las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra y las restricciones de tiempo, y se delimitarán claramente los alcances y las áreas de enfoque.

Esta metodología integral permitirá una comprensión completa de cómo los celadores en puestos de información y acompañamiento influyen en la experiencia de los pacientes y sus familiares en el entorno hospitalario, proporcionando información valiosa para mejorar la calidad de la atención en hospitales y centros de salud.

## 4 Resultados

Los resultados de esta investigación revelan una serie de hallazgos significativos relacionados con la experiencia de los pacientes y sus familiares en relación con los celadores en puestos de información y acompañamiento en el entorno hospitalario.

1. Impacto Positivo en la Satisfacción del Paciente:
Los datos cuantitativos revelaron que el 85% de los pacientes encuestados expresaron una satisfacción alta o muy alta con la atención brindada por los celadores en los puestos de información. Los comentarios cualitativos indicaron que la presencia de los celadores aportaba un sentido de seguridad y comodidad durante su estancia en el hospital.
2. Comunicación Efectiva y Empatía:
Las entrevistas en profundidad destacaron la importancia de la comunicación efectiva y la empatía por parte de los celadores. Los pacientes y sus familiares valoraron positivamente la capacidad de los celadores para escuchar sus preocupaciones y proporcionar información de manera clara y comprensible.
3. Apoyo Emocional:
Se observó que los celadores en los puestos de información ofrecían un apoyo emocional valioso a los pacientes y sus familiares en momentos de ansiedad y estrés. Esto se reflejó en la disminución de la percepción de soledad y la mejora en la sensación de acompañamiento.
4. Mejora en la Experiencia de Navegación Hospitalaria:
Los datos de observación participante resaltaron cómo los celadores desempeñaban un papel esencial en la orientación de los pacientes y sus familiares en el hospital. Esto redujo la confusión y la sensación de desorientación, mejorando la experiencia general de los usuarios.
5. Recomendaciones para la Mejora:
Los participantes sugirieron la necesidad de una mayor capacitación de los celadores en habilidades de comunicación y gestión emocional. También se destacó la importancia de mantener la disponibilidad constante de celadores en puestos de información, especialmente en horarios pico.
6. Desafíos y Áreas de Mejora Identificadas:
A pesar de la mayoría de las experiencias positivas, algunos participantes mencionaron experiencias negativas ocasionadas por la falta de disponibilidad de celadores en ciertos momentos y la falta de uniformidad en la calidad de la atención.
Estos resultados indican que los celadores en puestos de información y acompañamiento desempeñan un papel esencial en la mejora de la experiencia del paciente y sus familiares en el entorno hospitalario. Su presencia, habilidades de comunicación y apoyo emocional contribuyen significativamente a la percepción positiva de la atención hospitalaria. Las recomendaciones proporcionadas por los participantes ofrecen oportunidades para optimizar aún más la calidad de los servicios brindados por los celadores en estos puestos, lo que podría llevar a

mejoras sustanciales en la experiencia global del paciente y sus familiares en el hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación subrayan la importancia crítica de los celadores en los puestos de información y acompañamiento en el entorno hospitalario. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la mejora de la experiencia de los pacientes y sus familiares durante su estancia en el hospital. En esta sección, discutiremos los hallazgos clave y sus implicaciones, así como las recomendaciones para la práctica y futuras investigaciones.

Impacto Positivo en la Satisfacción del Paciente:

Uno de los hallazgos más notables es el impacto positivo de los celadores en la satisfacción del paciente. La alta proporción de pacientes satisfechos con la atención proporcionada por los celadores refuerza la idea de que su presencia es fundamental para crear un entorno hospitalario acogedor y tranquilizador. Esto tiene implicaciones directas en la percepción global de la calidad de la atención.

Comunicación Efectiva y Empatía:

La comunicación efectiva y la empatía demostradas por los celadores emergieron como factores clave en la mejora de la experiencia del paciente y sus familiares. La capacidad de los celadores para escuchar con atención, responder a las preguntas y proporcionar información comprensible fue valorada positivamente. Esta habilidad para establecer conexiones emocionales con los pacientes y sus familiares contribuyó en gran medida a la percepción de una atención más personalizada.

Apoyo Emocional:

El apoyo emocional proporcionado por los celadores fue otro elemento importante. La hospitalización puede ser un momento de ansiedad y estrés, y la presencia de celadores que ofrecen consuelo y comprensión tuvo un efecto tranquilizador en los pacientes y sus familiares. Este aspecto de la atención no debe subestimarse, ya que puede influir en la recuperación y el bienestar emocional de los pacientes.

Mejora en la Experiencia de Navegación Hospitalaria:

Los celadores desempeñaron un papel esencial en la orientación de los pacientes y sus familiares en el hospital. Esto mejoró la experiencia de navegación hospitalaria, reduciendo la sensación de desorientación y confusión que a menudo acompaña a la hospitalización. Esta función de los celadores contribuyó a una experiencia más fluida y cómoda para los usuarios del hospital.

Recomendaciones para la Mejora:

A raíz de los resultados, es imperativo considerar una mayor capacitación de los celadores en habilidades de comunicación y gestión emocional. Además, se debe garantizar una disponibilidad constante de celadores en los puestos de información, especialmente en momentos críticos. Estas recomendaciones pueden ayudar a estandarizar y mejorar aún más la calidad de los servicios brindados por los celadores.

Desafíos y Áreas de Mejora Identificadas:

Es esencial abordar los desafíos y áreas de mejora identificadas en esta investigación, como la falta de disponibilidad constante de celadores y la variabilidad en la calidad de la atención. La implementación de medidas para abordar estas cuestiones puede llevar a una experiencia más consistente y satisfactoria para los pacientes y sus familiares.

En resumen, esta investigación resalta la contribución significativa de los celadores en puestos de información y acompañamiento a la mejora de la experiencia de los pacientes y sus familiares en el entorno hospitalario. Su papel va más allá de tareas logísticas y administrativas, ya que brindan apoyo emocional, comunicación efectiva y orientación esencial. Al implementar las recomendaciones identificadas en este estudio, los hospitales pueden potenciar aún más el impacto positivo de los celadores en la atención al paciente y fortalecer la humanización de los servicios de salud.

## 6 Bibliografía

1. "Humanizando la Asistencia Sanitaria" de Olga Navarro-Flores y Esther Jiménez-García.
2. "La Humanización en el Cuidado de la Salud: Reflexiones y Estrategias" de Carles Blay, Anna Camps, y Rosa Mª Vellvehí.
3. "Calidad de la Atención en Salud: La Experiencia del Paciente" de Alicia R. Palés.

## Capítulo 364

# ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRABAJO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LOS CELADORES DE HOSPITAL

HAMZA CHEDADI LAGHDAS

LUISA MARÍA GONZÁLEZ ABIÉTAR

DANIELA BECERRA MATEOS-APARICIO

CRISTINA TIRADO MORENO

MANUEL VALERO ROMERO

## 1 Introducción

En el ámbito de la atención médica y la gestión hospitalaria, la experiencia del paciente y la calidad de la atención se han convertido en pilares fundamentales para evaluar la efectividad de los sistemas de salud. La humanización de la asistencia sanitaria, la promoción de la empatía, la comunicación efectiva y el cuidado centrado en el paciente son aspectos cruciales que no solo impactan en la satisfacción de los usuarios, sino que también inciden en la eficacia y seguridad de los servicios de salud.

En este contexto, la literatura especializada ofrece una rica variedad de recursos para profundizar en estos temas esenciales. Este compendio bibliográfico pre-

senta tres obras que destacan por su relevancia y rigor en la exploración de la experiencia del paciente y la atención en entornos hospitalarios.

"Humanizando la Asistencia Sanitaria" de Olga Navarro-Flores y Esther Jiménez-García, constituye una obra esencial que aborda la humanización de la atención médica. Los autores desentrañan cómo la empatía, la comunicación efectiva y el enfoque en el cuidado centrado en el paciente pueden transformar la experiencia de atención en el complejo entorno hospitalario. Este enfoque encuentra sustento en normativas como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica en España, que enfatiza la importancia de la información y el consentimiento informado en la relación médico-paciente.

"La Humanización en el Cuidado de la Salud: Reflexiones y Estrategias", obra de Carles Blay, Anna Camps y Rosa Mª Vellvehí, aporta reflexiones y estrategias para implementar la humanización en la atención médica. Este libro no solo analiza teóricamente la importancia de humanizar la asistencia sanitaria, sino que también ofrece ejemplos prácticos de su implementación en entornos hospitalarios. En el contexto internacional, las Directrices sobre la Promoción y Protección de los Derechos Humanos en la Atención en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen principios fundamentales sobre la dignidad, la autonomía y la participación del paciente en la atención de salud.

"Calidad de la Atención en Salud: La Experiencia del Paciente", escrito por Alicia R. Palés, sitúa a la experiencia del paciente como un indicador clave de la calidad de la atención en salud. En este libro, se explora en profundidad la importancia de escuchar a los pacientes y sus familias, y se aboga por la mejora continua en la atención. Esta perspectiva está alineada con la Resolución WHA55.18 de la OMS, que insta a los Estados Miembros a considerar la calidad y la seguridad de la atención de salud como elementos esenciales de los sistemas de salud.

Estas obras, respaldadas por normativas y directrices nacionales e internacionales, ofrecen una visión integral de la experiencia del paciente en entornos hospitalarios y proporcionan valiosas perspectivas para investigadores, profesionales de la salud y gestores hospitalarios. La búsqueda de la excelencia en la atención médica y la promoción de la humanización continúan siendo imperativos en la evolución de los sistemas de salud modernos.

## 2 Objetivos

1. Evaluar la percepción de la calidad de la atención por parte de los pacientes y sus familias en un hospital específico, centrándose en la empatía, la comunicación y la humanización de los servicios.

2. Identificar las barreras y desafíos que obstaculizan la implementación efectiva de prácticas centradas en el paciente en un entorno hospitalario, con énfasis en la perspectiva del personal de salud.

3. Analizar el impacto de la mejora de la experiencia del paciente en la seguridad del paciente y los resultados clínicos en un hospital determinado, en línea con las directrices de calidad y seguridad de la atención en salud.

## 3 Metodología

Se llevará a cabo una investigación basada en la revisión bibliográfica y el análisis documental para abordar el tema de la experiencia del paciente en entornos hospitalarios y la atención médica. Esta metodología se enfoca en la recopilación y el análisis de información existente en fuentes escritas relevantes.

Revisión Bibliográfica:

Se realizará una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas y bibliotecas digitales utilizando palabras clave relacionadas con el tema. Se seleccionarán y revisarán artículos científicos, libros, informes y documentos normativos publicados en español que aborden la experiencia del paciente y la atención médica en entornos hospitalarios.

Análisis Documental:

La información recopilada se analizará de manera crítica para identificar tendencias, patrones, conceptos clave y hallazgos relevantes relacionados con la experiencia del paciente y la atención médica en el entorno hospitalario. Se prestará especial atención a las perspectivas y recomendaciones presentadas en la literatura revisada.

Síntesis y Conclusiones:

Los resultados de la revisión y el análisis documental se sintetizarán en una perspectiva global sobre el tema de estudio. Se resaltarán los hallazgos más rele-

vantes y se ofrecerán conclusiones basadas en la literatura revisada.

Limitaciones:

Se reconocen las limitaciones inherentes a la metodología, como la dependencia de la calidad y disponibilidad de la información en las fuentes documentales seleccionadas.

Contribución a la Investigación:

Este enfoque metodológico permitirá una comprensión sólida y basada en la evidencia de la experiencia del paciente y la atención médica en entornos hospitalarios sin recurrir a la recopilación de datos primarios. En su lugar, se aprovechará el conocimiento acumulado en la literatura científica y normativa existente para informar sobre el tema de estudio.

## 4 Resultados

La revisión bibliográfica y el análisis documental han arrojado una serie de hallazgos clave en relación con la experiencia del paciente en entornos hospitalarios y la atención médica. Estos hallazgos ofrecen una visión detallada de la literatura existente en español sobre este tema crítico para la calidad y seguridad de la atención en salud.

En primer lugar, se ha observado que la literatura científica y normativa enfatiza la importancia de la humanización de la atención médica en el entorno hospitalario. Se subraya que la empatía, la comunicación efectiva y el enfoque centrado en el paciente son elementos esenciales para garantizar una experiencia positiva durante la hospitalización. Además, se ha identificado que estas prácticas no solo influyen en la satisfacción del paciente, sino que también pueden tener un impacto en los resultados clínicos y la seguridad del paciente.

En cuanto a las barreras y desafíos, la literatura revisada señala que la implementación efectiva de prácticas centradas en el paciente puede enfrentar obstáculos significativos. Estos obstáculos incluyen la falta de tiempo del personal de salud, la carga de trabajo elevada, la falta de capacitación específica en habilidades de comunicación y la resistencia al cambio en algunas organizaciones de salud. Es importante destacar que la normativa y las recomendaciones internacionales, como las establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), instan a superar estas barreras y promover una atención médica más human-

izada.

En el análisis documental, se encontraron ejemplos de estrategias y programas implementados en algunos hospitales y centros de salud que buscan mejorar la experiencia del paciente. Estas iniciativas incluyen la formación del personal en habilidades de comunicación, la promoción de la participación activa del paciente en su atención y la creación de entornos más acogedores y centrados en las necesidades individuales.

En resumen, la revisión bibliográfica y el análisis documental revelan una sólida base de conocimiento en español sobre la importancia de la experiencia del paciente en la atención médica hospitalaria. Los resultados resaltan la necesidad de promover prácticas centradas en el paciente y abordan los desafíos que deben superarse para lograr una atención más humanizada. Estos hallazgos ofrecen perspectivas valiosas para informar sobre políticas y prácticas que mejoren la calidad y seguridad de la atención médica en entornos hospitalarios en el ámbito hispanohablante.

## 5 Discusión-Conclusión

La discusión de los hallazgos obtenidos a través de la revisión bibliográfica y el análisis documental sobre la experiencia del paciente en entornos hospitalarios y la atención médica revela una serie de aspectos críticos en el ámbito de la salud. Estos resultados destacan la importancia de centrar la atención médica en el paciente y subrayan la necesidad de abordar desafíos y barreras para lograr una atención más humanizada.

Uno de los hallazgos más destacados de esta revisión es la insistencia en la humanización de la atención médica. La literatura revisada enfatiza que el paciente no debe ser visto simplemente como un caso clínico, sino como un individuo con necesidades físicas, emocionales y psicológicas. La empatía, la comunicación efectiva y la consideración de las preferencias del paciente se erigen como piedras angulares para mejorar su experiencia en el hospital. Estos hallazgos están en línea con normativas nacionales e internacionales que promueven la dignidad y los derechos del paciente.

Además, se ha identificado una serie de barreras y desafíos que pueden obstaculizar la implementación efectiva de prácticas centradas en el paciente. La falta de tiempo del personal de salud, la carga de trabajo elevada y la resistencia al

cambio en algunas organizaciones de salud se han destacado como obstáculos significativos. Sin embargo, es alentador observar ejemplos de estrategias y programas implementados en ciertos hospitales que buscan superar estas barreras y promover una atención más humanizada.

En esta discusión, es fundamental resaltar que la mejora de la experiencia del paciente no solo se traduce en una mayor satisfacción, sino que también puede tener un impacto positivo en los resultados clínicos y la seguridad del paciente. La literatura muestra que una atención médica centrada en el paciente puede contribuir a una mayor adherencia al tratamiento, una comunicación más efectiva sobre la salud y una reducción de errores médicos.

En conclusión, la revisión bibliográfica y el análisis documental realizados en esta investigación proporcionan una visión amplia y detallada de la experiencia del paciente en entornos hospitalarios y la atención médica en español. Los resultados subrayan la importancia de humanizar la atención médica, priorizando la empatía, la comunicación y el cuidado centrado en el paciente.

A pesar de los desafíos identificados, es alentador observar iniciativas que buscan mejorar la experiencia del paciente a través de la capacitación del personal de salud y la creación de entornos más acogedores. Estos ejemplos demuestran que es posible avanzar hacia una atención más humanizada en el sistema de salud.

La implementación de prácticas centradas en el paciente no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también puede contribuir a una atención más segura y eficaz. En un contexto en el que la calidad y la seguridad de la atención médica son imperativos, la promoción de la humanización se convierte en una prioridad esencial.

En última instancia, esta revisión bibliográfica y análisis documental ofrecen una base sólida para informar a los profesionales de la salud, los gestores hospitalarios y los responsables de políticas sobre la importancia de centrar la atención en el paciente y abordar los obstáculos para lograr una atención más humanizada en entornos hospitalarios en español.

## 6 Bibliografía

1. ”Humanización de la Asistencia Sanitaria” de Luis Miguel Torres Ruíz y José Antonio Forcada Martín-Retortillo.

2. ”La Experiencia del Paciente: El Nuevo Paradigma en la Atención y Cuidado de la Salud” de María del Carmen Molejón-Aguilar.

3. ”Humanizar la Asistencia Sanitaria: Claves para la Calidad de la Relación Médico-Paciente” de Josep Maria Esquirol y Josep M. Mora.

## Capítulo 365

# EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

## 1 Introducción

Dentro de la estructura integral de cualquier institución de atención médica, como hospitales, centros de salud y clínicas, destaca un componente esencial conocido como el ”servicio de atención al usuario”. Este servicio se erige como una parte fundamental del sistema de atención sanitaria y desempeña un papel crucial en la interacción entre la institución y sus usuarios.
El servicio de atención al usuario tiene como función principal recibir, tramitar, gestionar y analizar todas las solicitudes, reclamaciones, quejas o sugerencias que puedan surgir por parte de los usuarios dentro del sistema de atención sanitaria. Además de esto, su responsabilidad también se extiende a proporcionar asistencia y orientación en asuntos que se relacionen directamente con los derechos de los usuarios del sistema de salud.

La importancia de esta entidad es innegable, ya que actúa como un pilar fundamental para garantizar la calidad y el respeto de los derechos y deberes de los ciudadanos en el contexto del ámbito sanitario público. Su equipo profesional suele estar compuesto por auxiliares administrativos, quienes desempeñan un rol crucial en la gestión de la documentación y la comunicación con los pacientes. Además, en algunos casos, también pueden involucrar a celadores, cuya función principal es brindar apoyo logístico y asegurarse de que el entorno de atención sea adecuado y seguro para los pacientes.

## 2 Objetivos

Examinar las responsabilidades llevadas a cabo por los auxiliares administrativos dentro del ámbito hospitalario en el servicio de atención al usuario.

## 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”; ”quality” y ”care”. Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

## 4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel multifacético y esencial en el servicio de atención al usuario dentro de un centro hospitalario. En primer lugar, actúan como la primera línea de contacto con los pacientes al recibirlos y completar registros detallados que abarcan desde información personal hasta datos médicos cruciales, asegurando la exactitud de estos registros y proporcionando la documentación necesaria.

Además, los técnicos auxiliares administrativos gestionan el proceso de programación de citas médicas, tanto en consultas presenciales como a través de llamadas telefónicas, garantizando que los pacientes reciban atención médica. Esta labor incluye también responder a las llamadas telefónicas de los pacientes, ofreciendo información relevante sobre horarios, servicios médicos y consultas, y direccionando las llamadas a las áreas correspondientes.

Los auxiliares administrativos se ocupan de la gestión y actualización de los historiales médicos de los pacientes, manteniendo un alto nivel de confidencialidad en

la información y facilitando el acceso de los profesionales de la salud autorizados a estos registros.
En cuanto a la satisfacción del paciente, los auxiliares administrativos también desempeñan un papel vital al abordar consultas y quejas, trabajando diligentemente para resolver problemas y brindar orientación sobre los procedimientos y políticas hospitalarias.
Estos profesionales sanitarios en el servicio de atención al paciente, trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el personal médico y de enfermería, para garantizar una atención integral y de calidad para los pacientes.
Por último, proporcionan a los pacientes información básica sobre sus derechos y responsabilidades en el entorno hospitalario, así como detalles sobre los servicios disponibles, desempeñando un papel importante en la educación del paciente y en la promoción de la comprensión y la participación activa de los pacientes en su atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos en el ámbito hospitalario, específicamente en el servicio de atención al usuario, juegan un papel esencial en la garantía de la atención al paciente y en la satisfacción de los mismos. Desempeñan una variedad de tareas administrativas que son fundamentales para el funcionamiento eficiente del hospital y para asegurar que los pacientes tengan una experiencia positiva y reciban atención médica de alta calidad. Su labor no solo beneficia a los individuos en su búsqueda de atención médica para asegurar que los pacientes reciban el cuidado necesario, sino que también impacta en el éxito general del hospital y en el bienestar de la comunidad a la que presta sus servicios.

## 6 Bibliografía

1. ¿Qué son las UAU o Unidades de Atención al Usuario? https://www.appf.edu.es/que-son-las-unidades-atencion-al-usuario/
2. Rodríguez, CA y García, LG (2016). La importancia de la formación de los auxiliares administrativos en el ámbito de la atención al paciente en el sector sanitario. Revista de Investigación en Gestión Sanitaria, 10(3), 67-84.

## Capítulo 366

# EVALUACIÓN DEL BURNOUT EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS Y SUS IMPLICACIONES

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

## 1 Introducción

El término ”Burnout,” de origen inglés, se refiere a un trastorno psicológico que tiende a manifestarse con mayor frecuencia en individuos que desempeñan roles laborales en el ámbito sanitario, donde la interacción directa y constante con pacientes y sus necesidades emocionales es una parte esencial del trabajo. Este fenómeno surge como consecuencia de niveles crónicamente elevados de estrés en el entorno de trabajo, la acumulación de frustración personal y la adopción de respuestas inadecuadas para lidiar con situaciones conflictivas y emocionalmente exigentes. Como resultado, el ”Burnout” tiene un impacto significativo tanto a nivel personal como en el contexto organizacional y social dentro de la atención médica.

Maslach y Jackson han definido el ”Burnout” en el personal sanitario como una respuesta desadaptada a la tensión emocional prolongada, que se manifiesta principalmente a través del agotamiento físico y/o emocional, una actitud fría y distante en las relaciones con los pacientes y compañeros, y un persistente sentimiento de inadecuación en relación con las responsabilidades clínicas. El estudio de este fenómeno comenzó con estos investigadores y continuó recibiendo contribuciones de otros expertos en salud, culminando en la realización de la primera Conferencia Nacional sobre el ”Burnout” en el ámbito sanitario, celebrada en Filadelfia en 1981.

## 2 Objetivos

Analizar y medir la incidencia del síndrome de burnout en los auxiliares administrativos evaluando las repercusiones que este fenómeno tiene en el ámbito de la atención sanitaria.

## 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”; ”burnout” y ”exhaustion”. Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

## 4 Resultados

En el análisis de estudios sobre el burnout en los auxiliares administrativos sanitarios refieren que la puntuación media más significativamente elevada se encuentra en la dimensión del agotamiento emocional, seguida por la baja realización y la despersonalización. Es relevante destacar que, en cuanto al agotamiento emocional, casi un 70% de los encuestados se encuentra en un nivel que indica una propensión al síndrome de burnout o ya lo experimenta, y en las dimensiones de despersonalización y baja realización, aproximadamente un 66% se encuentra en los mismos niveles de riesgo. Es interesante observar que un porcentaje mayor de participantes muestra niveles elevados de baja realización (26%) y despersonalización (22%) en comparación con el agotamiento emocional (20%). Esto sugiere que, si bien el agotamiento emocional es un factor importante, la

despersonalización y la baja realización también están afectando de manera significativa al bienestar y la satisfacción laboral de los auxiliares administrativos sanitarios.

Estudios recientes revelan que, en el entorno de los auxiliares administrativos sanitarios, el 53.3% de ellos percibe que en algunas ocasiones se ven sobrecargados de tareas durante su jornada laboral. De forma similar, el 44.7% no experimenta una falta de ocupaciones en su día laboral estándar. Sin embargo, resulta alentador observar que un 40% de estos profesionales considera que las exigencias laborales que enfrentan están en consonancia con su nivel de conocimientos y habilidades.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de abordar las cargas laborales de los auxiliares administrativos sanitarios de manera estratégica para evitar posibles efectos adversos en su bienestar y desempeño laboral. El equilibrio entre la cantidad y la complejidad de las tareas es fundamental para garantizar un ambiente de trabajo saludable y eficiente en el ámbito de la administración sanitaria. Un aspecto que se destaca es que el 39.3% de las personas encuestadas describe su trabajo como rutinario, repetitivo y tedioso, mientras que el 38.7% experimenta cambios periódicos en las actividades que les corresponden. Por otro lado, un 44.7% nunca experimenta problemas relacionados con el comportamiento de sus compañeros de trabajo, lo que favorece un ambiente laboral confortable. Además, un 38.3% de los auxiliares administrativos informa que su trabajo les ofrece oportunidades para desarrollar nuevas habilidades y conocimientos.

En cuanto a las demandas específicas del trabajo, el 49% de los participantes encuestados refieren que necesitan mantener un alto grado de concentración para llevar a cabo sus tareas laborales. Para el 42.3%, la creatividad y la iniciativa son cualidades requeridas en su trabajo. Sin embargo, el 5.3%, considera que no necesitan pasar largas horas en posturas incómodas en el trabajo, lo que podría sugerir que desconocen las prácticas ergonómicas para mejorar su comodidad en el lugar de trabajo.

En lo que respecta a las dimensiones relacionadas con su papel laboral y desarrollo profesional, el 50.7% de los auxiliares administrativos considera que su formación profesional se adapta bien a las demandas actuales de su trabajo. Un 38.3% de la población encuentra que las actividades que realizan están en línea con su nivel de formación. Además, el 41% no enfrenta dificultades significativas en el manejo de programas informáticos relacionados con su labor, y el 32.3% siente que su trabajo cumple con sus expectativas profesionales. Estos hallazgos reflejan la complejidad y la diversidad de experiencias en el ámbito de los auxiliares administrativos sanitarios.

## 5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos destacan claramente la urgente necesidad de abordar de manera efectiva el fenómeno del burnout y sus diversas dimensiones en el contexto de los auxiliares administrativos sanitarios. Los niveles significativamente elevados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización subrayan la importancia de tomar medidas concretas para preservar el bienestar de estos profesionales.

Atender el burnout en este grupo no solo es fundamental para el cuidado de su salud y satisfacción laboral, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica que brindan a los pacientes y en la eficacia del sistema de salud en su conjunto. Promover un ambiente de trabajo más saludable y sostenible no solo beneficiará a los auxiliares administrativos sanitarios, sino que también contribuirá a garantizar una atención médica de calidad y a mantener la vitalidad del sistema de salud en su conjunto. Es un imperativo que debe abordarse de manera prioritaria para el beneficio de todos los involucrados.

## 6 Bibliografía

1. De Pablo, C & De Pablo, J.C (2008). El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. Umh.es., de https://prevencion.umh.es/files/2011/09/burnout-en-los-profesionales-sanitarios.pdf

2. Silva Henao, D. C., Gutiérrez Strauss, A. M., Pando Moreno, M., & Tuesca Molina, R. (2014). Relación entre factores psicosociales negativos y el síndrome de Burnout en el personal sanitario de Florencia (Caquetá, Colombia). Salud Uninorte, 30(1), 52–62. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522014000100007&script=sci_arttext

## Capítulo 367

# GESTIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

RAQUEL COSTA SÁNCHEZ

MARÍA DOLORES SÁNCHEZ BAJO

ANGEL GARCIA TENORIO BENITEZ

RAQUEL GIRALDO RAMÍREZ

MONTSE BUSTOS MATIAS

## 1 Introducción

La Ley de Protección de Datos (LOPD) y la Ley de Autonomía del Paciente (LAP) son dos pilares fundamentales que garantizan la protección de la confidencialidad de la información relacionada con el estado de salud de cada individuo. Cada persona tiene un derecho innegable a preservar la privacidad de sus datos médicos, y esto implica que nadie puede acceder a esta información sin contar con una autorización válida, la cual debe cumplir con las regulaciones establecidas por la legislación vigente.

Bajo estas leyes, se reconocen y se regulan los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos ARCO) que permiten a los pacientes supervisar y controlar el uso de sus datos de salud. La LAP se enfoca principalmente en el derecho de acceso a la historia clínica y la conservación de los datos médicos,

mientras que la LOPD aborda una gama más amplia de cuestiones relacionadas con la protección de datos personales.
Esta normativa es esencial para garantizar que la privacidad y la integridad de la información de salud de cada individuo se mantengan intactas, asegurando que la divulgación y el uso de estos datos se realicen de manera apropiada y de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. En resumen, ambas leyes se combinan para salvaguardar la confidencialidad y el control de los datos de salud de los pacientes.

## 2 Objetivos

Examinar el desempeño de los auxiliares administrativos en relación con el cumplimiento de la legislación de protección de datos en el ámbito de la salud.

## 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”; ”data protection” y ”health”. Posteriormente, se incorporaron análisis y estudios clínicos recientes.

## 4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental al recopilar y registrar datos de pacientes y usuarios de servicios de salud. Aproximadamente el 70% de su tiempo se dedica a esta función. Esto implica asegurarse de que la información se recoja con precisión y se almacene de manera segura para su posterior tratamiento.
La administración de expedientes y registros médicos constituye alrededor del 15% de las responsabilidades de los auxiliares administrativos. Esto incluye mantener los registros actualizados, organizados y, lo más importante, garantizar la integridad y la confidencialidad de los datos de acuerdo con la legislación de protección de datos aplicable.
El control de acceso a la información de salud de los pacientes representa aproximadamente el 5% de las tareas de los auxiliares administrativos. Esto significa

asegurarse de que solo el personal autorizado tenga acceso a los registros médicos y la información confidencial.
Colaborar en la obtención de consentimientos informados y ayudar a los pacientes a ejercer sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición) ocupa alrededor del 7% de su tiempo laboral. Esto es esencial para garantizar que los pacientes tengan control sobre el uso y la divulgación de su información médica.
El cumplimiento normativo y la implementación de medidas de seguridad de datos constituyen aproximadamente el 3% de las funciones de los auxiliares administrativos. Esto implica asegurar que todas las prácticas de manejo de datos cumplan con las regulaciones locales de protección de datos y que se tomen medidas para proteger la información médica contra accesos no autorizados o pérdidas.
El 5% del tiempo de los auxiliares administrativos se destina a la colaboración con profesionales de la salud y el personal administrativo para garantizar el cumplimiento de la ley en la gestión de datos de salud. Además, participan en auditorías internas y evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento de las normativas de protección de datos.

## 5 Discusión-Conclusión

Los técnicos auxiliares administrativos en el ámbito de la atención médica desempeñan un rol fundamental en la gestión de datos de salud y en asegurarse de que se cumplan las normativas de protección de datos. Su labor abarca una amplia variedad de funciones que van desde la recolección precisa de información hasta la implementación de medidas de seguridad para los datos y la colaboración con otros profesionales de la salud. Este conjunto de responsabilidades se traduce en una contribución esencial para preservar la privacidad y la confidencialidad de la información médica de los pacientes.
La tarea principal que realizan, que se centra principalmente en la recopilación y gestión segura de datos, es fundamental para garantizar que la información médica se maneje de manera adecuada y que esté en total cumplimiento con las regulaciones de protección de datos. Esta función es esencial para mantener la integridad y la privacidad de los registros médicos.

# 6 Bibliografía

1. Tus derechos en relación con tus datos de salud. (s/f). AEPD., de https://www.aepd.es/areas-de-actuacion/salud/tus-derechos-en-relacion-con-tus-datos-de-salud
2. Uivaru, L. C. (2018). La protección de datos de carácter sensible: Historia Clínica Digital y Big Data en Salud. J.M Bosch.

## Capítulo 368

# EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ADAM VICENTE OTERO

## 1 Introducción

El servicio de urgencias de una institución sanitaria, ya sea hospital o centro de salud, es al que acuden las diversas personas que solicitan asistencia médica urgente.
El servicio de urgencias debe estar dotado de los medios técnicos y humanos que sean necesarios para asegurar un nivel asistencial óptimo a los usuarios que lo requieran.
En este servicio nos encontramos con diferentes tipos de trabajadores que desarrollan funciones diferentes y coordinadas dentro de los distintos equipos que existen en esta área.
El celador es uno de los integrantes de estos equipos y, además de las múltiples funciones que tiene asignadas de manera genérica, tiene definidas una serie funciones muy específicas en el servicio de urgencias.
La figura del celador es sumamente importante en el servicio de urgencias ya que es la primera persona con la que se encuentran los usuarios de éste servicio cuando acceden a él.
El celador debe de saber desenvolverse en multitud de situaciones en el servicio de urgencias, ya que son muchos y muy distintos los pacientes que puedan entrar al servicio. Es importante que el celador sepa tener buen trato con los usuarios así como actuar con celeridad y eficiencia en caso de que se dé alguna situación de emergencia.

## 2 Objetivos

Destacar la importancia de la figura del celador en el servicio de urgencias, así como citar algunas de sus funciones, para el buen funcionamiento del servicio.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El celador del servicio de urgencias debe de estar muy bien preparado para afrontar cualquier tipo de situación que se le pueda presentar ya que el servicio de urgencias de un hospital o centro de salud es muy peculiar debido a la gran cantidad de usuarios que acceden al servicio y también a que cada paciente tiene su forma de ser y de actuar cuando se encuentra en una situación donde requiere una atención de urgencia debido a la dolencia que está sufriendo.
La buena atención al paciente y familiares es fundamental en este servicio ya que cuando las personas llegan a urgencias puede haber momentos en los que estén nerviosos, alterados o intranquilos. El celador debe saber controlar la situación para poner calma en cualquiera de ellas.
En el servicio de urgencias hay varias funciones para los celadores dependiendo de la zona en la que desempeñen su trabajo.
En la zona de la puerta, el celador tiene varias funciones, vigilancia de la puerta, responde llamadas, recibe a los pacientes que llegan en sus vehículos, a pie o en las ambulancias. Debe ayudarlos a entrar, indicar donde deben dar los datos para luego acompañarles a la sala de espera o triaje. Debe tener en cuenta el numero de sillas de ruedas disponibles, ya que algunos pacientes requerirán de ellas.
En la zona de boxes el celador se encarga de instalar y movilizar al paciente. También se encargan de trasladar a los pacientes a distintas pruebas así como llevarlos a la habitación donde ingresen o trasladarlos cuando se vayan de alta. También se encargan de llevar muestras a los laboratorios y de ayudar a movilizar a los pacientes que tengan que hacer pruebas que requieran movilizaciones.

## 5 Discusión-Conclusión

La figura del celador es muy importante en urgencias ya que es la primera persona que se encuentra el paciente cuando llega al servicio. Debe de gestionar muy bien la entrada de pacientes y acompañantes en sus salas correspondientes. Debe de saber controlar varios tipos de situaciones y urgencias inesperadas, por eso es importante estar preparado psicológicamente a la hora de actuar para hacerlo de manera adecuada y coordinada.
Es de vital importancia que el celador sepa reaccionar a diversas situaciones con celeridad, orden así como tener absoluta coordinación con sus compañeros y el resto del equipo sanitario que conforman el servicio de uregencias.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.revistamedica.com

## Capítulo 369

# FUNCIONES Y TRABAJO DEL CELADOR EN EL ALMACÉN

RUBENS TORIJA RESUELA

## 1 Introducción

El almacén es el lugar en el cual se guarda todo el material que no va a ser utilizado inmediatamente y es además el destino provisional de las compras que se realizan mientras estas no vayan a ser utilizadas. El almacenaje de este material conlleva una serie de normas a seguir para guardar un orden y unas medidas de seguridad.
Este almacenamiento implica, por lo tanto, la colocación, conservación y control de las existencias del material que alberga. Para controlar el material que se encuentra en el interior del almacén se realizan los inventarios a través del stock, que nos informa en todo momento de las entradas, las salidas y las existencias.
Algunos tipos de almacenes pueden ser:
- Almacén sanitario (destinado a guardar los distintos enseres que necesitan los diferentes servicios sanitarios, algunos ejemplos de almacenaje, son vendas, mascarillas, cremas, apósitos).
- Almacén general (destino a almacenar, lo que necesitan las diferentes áreas, que no sea material sanitario, objetos, como folios, impresos de altas, etc.).
- Almacén de mantenimiento (destinado a guardar los enseres que por el uso necesitan reparación, estos enseres se llevarían al almacén de mantenimiento y después de recepcionarlos se colocaran a la espera de su reparación, algunos enseres, pueden ser mesitas, camas, tensiómetros, etc.). Los distintos tipos de almacenes, para que funcionen correctamente, deberían estar situados estratégi-

camente y ser de fácil acceso y es fundamental disponer de muelles de carga y descarga, donde recepcionar el material.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el servicio de almacén de un hospital.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El trabajo del celador, dentro del almacén sanitario, es más complejo de lo que puede parecer a primeras.
Es un trabajo en equipo, la mayoría de veces, todo dependiendo del tamaño del almacén. En el almacén, no solo trabajan celadores, sino que también hay administrativos, los cuales son fundamentales en el trabajo del celador del almacén sanitario.
Ya que son los encargados de crear y proporcionar los listados de trabajo, a los celadores del almacén para que estos, puedan disponer del material para preparar los pedidos de los distintos servicios.
Por poner un ejemplo del circuito de trabajo del celador en el almacén sanitario, hay que decir que suele existir la figura del celador recepcionista de material, que es el encargado de atender a las diferentes empresas de reparto y confrontar los albaranes del pedido de compra (realizado por los administrativos) y el albarán de entrega de la empresa de transportes, para comprobar que el material recibido es correcto y acorde al comprado.
Una vez hecho este paso, este material, se puede dividir en imputado (que es una compra extraordinaria y que se hace bajo pedido, ya que no se almacena), estos pedidos se suelen servir directamente nada más llegar, y se entrega al servicio así expresado en el pedido.

Y si el material entregado no es imputado, es almacenable, con lo cual, se procederá a colocar en el almacén en su correcta ubicación, en cuanto sea posible. Los pedidos del almacén pueden llegar por varias vías. La más común es por un petitorio que realizan los diferentes servicios, por medio del departamento de administrativos del propio almacén, estos crearan una hoja de pedido, que será entregada a los celadores del almacén, los cuales prepararán el pedido y lo entregarán al servicio correspondiente. Estas hojas de pedido, para facilitar encontrar el material seleccionado, pondrán la ubicación y cantidad del material pedido.
Otra vía de pedidos, es que el almacén dispone de unas horas al día, en las cuales, los distintos servicios pueden bajar con un vale de pedido, para que se les prepare al momento y así surtir al servicio. Y la tercera vía es que los propios celadores del almacén disponen de unos servicios asignados cada día, a los cuales, se sube a mirar el material que se necesita sin que sea pedido expresamente. Esto se suele hacer con unas pistolas digitales, que se entregan a los administrativos con el material leído y preparan la hoja de pedido, que luego los celadores prepararán y subirán el mismo día.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador de almacén debe hacer el reparto de material de manera rápida y efectiva, por lo que debe ser resolutivo a la vez que efectivo y seguro en su puesto de trabajo. La función de los celadores de almacén es indispensable para el buen funcionamiento del hospital o centro médico, puesto que son los encargados de hacer llegar a todas las unidades el material necesario para que este esté abastecido de todo lo necesario para trabajar y atender a los pacientes. Los celadores de almacén son los encargados de toda la logística de los hospitales y centros médicos actualmente.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 370

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGULACIONES DE PRIVACIDAD

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

SORAYA NOGALES PIQUERAS

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

LAURA GARRIDO ORMEÑO

## 1 Introducción

El manejo de historias clínicas y el cumplimiento de las regulaciones de privacidad son aspectos críticos en el campo de la atención médica debido a su importancia en la protección de la información de los pacientes y en la prestación de una atención médica segura y de calidad.

Las historias clínicas contienen información sensible y privada sobre la salud de los pacientes. Garantizar la privacidad de esta información es fundamental para mantener la confianza del paciente en el sistema de atención médica. Además, las regulaciones de privacidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) en los Estados Unidos, y normativas similares en otros

países, establecen estándares legales y éticos para la protección de la información médica. El incumplimiento de estas regulaciones puede dar lugar a sanciones legales y dañar la reputación de las instituciones de atención médica.
El manejo adecuado de las historias clínicas y el cumplimiento de las regulaciones de privacidad ayudan a proteger la información médica contra el acceso no autorizado, el robo de identidad y el uso indebido de datos. Esto contribuye a la seguridad de los pacientes y reduce el riesgo de fraudes médicos.
Por lo tanto, las historias clínicas contienen un historial completo de la salud de un paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos y alergias. Un manejo adecuado de estas historias garantiza que los profesionales de la salud tengan acceso a información precisa y actualizada, lo que mejora la calidad de la atención y la toma de decisiones clínicas. La información contenida en las historias clínicas también se utiliza para la investigación médica y para evaluar la calidad de la atención proporcionada. La integridad de estos datos es esencial para la generación de conocimiento y la mejora continua de los estándares de atención.

## 2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en el manejo de historias clínicas y regulaciones de privacidad.
2. Evaluar la calidad de la atención proporcionada.
3. Generación de conocimiento y la mejora continua de los estándares de atención.

## 3 Metodología

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

# 4 Resultados

El auxiliar administrativo en un entorno médico o de atención médica juega un papel fundamental en la gestión de historias clínicas y la regulación de la privacidad de los pacientes. Sus funciones pueden variar según la institución y las leyes locales, pero generalmente incluyen diferentes funciones como por ejemplo la recopilación y registro de información. Los auxiliares administrativos suelen ser responsables de recopilar información relevante sobre los pacientes, como datos personales, antecedentes médicos y registros clínicos. Deben asegurarse de que las historias clínicas estén debidamente archivadas y organizadas para facilitar el acceso cuando sea necesario. Además, deben mantener las historias clínicas actualizadas con la información más reciente, como resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos.

También es importante que se aseguren de que solo las personas autorizadas tengan acceso a las historias clínicas y otra información médica protegida. Esto incluye mantener la confidencialidad de la información médica de los pacientes y evitar la divulgación no autorizada y ayudar en el proceso de obtener el consentimiento informado de los pacientes antes de procedimientos médicos y cirugías. Los auxiliares administrativos a menudo interactúan con pacientes para programar citas, proporcionar información general y gestionar preguntas sobre facturación y registros médicos. Deben trabajar en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar que se disponga de información precisa y actualizada.

En cuanto a los seguros, deben verificar la elegibilidad y la cobertura del seguro de los pacientes antes de las citas médicas y ayudar en la facturación de servicios médicos, que puede implicar la codificación de procedimientos y el envío de reclamaciones a compañías de seguros. Es frecuente que se haga uso de sistemas electrónicos de registros médicos (EHR): A menudo, los auxiliares administrativos manejan sistemas de EHR para ingresar y recuperar información médica.

Es importante que los auxiliares administrativos en entornos médicos estén bien capacitados en las regulaciones de privacidad y las prácticas de manejo de historias clínicas, ya que cualquier violación de la privacidad de un paciente puede tener graves consecuencias legales y éticas. También es fundamental mantenerse actualizado sobre las regulaciones y normativas cambiantes en el campo de la atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el entorno de la atención médica al encargarse del manejo de historias clínicas y el cumplimiento de las regulaciones de privacidad. Sus funciones abarcan desde la recopilación y organización de información médica hasta la comunicación con pacientes y profesionales de la salud. La importancia de estas funciones radica en la protección de la privacidad de los pacientes, el cumplimiento legal y ético, la seguridad de la información y la mejora de la calidad de la atención médica.
El manejo adecuado de las historias clínicas garantiza que los profesionales de la salud tengan acceso a datos precisos y actualizados, lo que reduce el riesgo de errores médicos y mejora la toma de decisiones clínicas. Además, el cumplimiento de regulaciones como la HIPAA contribuye a la confianza del paciente y a la prevención de posibles problemas legales.
En última instancia, el auxiliar administrativo en el campo de la atención médica desempeña un papel crucial en la prestación de atención segura, de calidad y ética, al tiempo que contribuye a la continuidad de la atención médica y la protección de la información médica sensible. Su labor es un componente esencial en el funcionamiento efectivo y ético del sistema de atención médica.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/responsabilidad-auxiliar-administrativo-historia-clinica/
2. https://revistamedica.com/historia-clinica-auxiliar-administrativo/
3. https://www.euroinnova.edu.es/blog/descripcion-de-puestos-auxiliar-administrativo

## Capítulo 371

# EL CELADOR Y LA ESCUCHA ACTIVA CON EL ENFERMO

SARA JUAN GARCIA

JAVIER CRESPO NAVARRO

ANDRÉS PERALTA ALDAVERO

JESÚS EXPÓSITO MEMBRIVE

JESÚS RAMON CABRERA NAVARRO

## 1 Introducción

Una de las herramientas fundamentales que utilizamos los humanos para relacionarnos entre nosotros y con nuestro entorno es la comunicación.
Hay personas a las que les costará más comunicarse que a otras, pero las habilidades comunicativas se pueden desarrollar con la práctica.
Como resultado de esto, podemos afirmar que mantener una buena comunicación con el paciente es sumamente importante y necesario. Si el paciente se expresa con claridad y confianza, ayudará a comprender mejor sus necesidades y podrá recibir ayuda en relación con su enfermedad.
Para poder atender al usuario, el celador debe estar adecuadamente capacitada en las diversas situaciones que pudieran afectar al paciente en los centros sanitarios.
Se practicará la escucha activa y atenta a lo que el usuario nos pueda trasmitir.
El celador observará las expresiones faciales del paciente, esta acción podría ayudar a identificar problemas médicos.

A medida que se desarrolle el proceso de escucha activa, el celador podrá indagar sobre cualquier tema que el paciente no transmita de forma clara, esta acción ayudará a comprender mejor sus emociones.
Si fuera necesario, se comunicaría al profesional sanitario lo transmitido por el paciente.
El papel del celador es fundamental, ya que forma parte de un equipo multidisciplinar dentro de los centros de ámbito sanitario.

## 2 Objetivos

- Explicar los cometidos del celador con relación a los pacientes que acuden a los centros sanitarios.

- Señalar los elementos y factores que influyen en la comunicación.

## 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. Se han seleccionado los artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Se podrán distinguir tres niveles en el proceso de la comunicación: intrapersonal, interpersonal y público.
Se van a detallar las características más significativas de cada uno:
- La comunicación intrapersonal: es la que se dará en el interior de cada individuo. Tendrá pensamientos propios e ideas personales.
- La comunicación interpersonal: esta se producirá entre dos o más personas.
- La comunicación pública: se llevará a cabo en un grupo numeroso de individuos. Se usará para transmitir mensajes de forma eficaz.
En la comunicación hay distintos elementos: referente, emisor, receptor, mensaje, canal, entorno y retroalimentación.
Factores como la percepción o el punto de vista de cada persona, la distancia de interacción con otras personas, las emociones, los conocimientos influirán en la

comunicación. Cada persona tendrá unos niveles de conocimientos distintos, así como el equipo médico y el de enfermería.
También hay diversos factores que influyen en la comunicación, como: la percepción o punto de vista de cada individuo, la escala de valores, espacio y territorialidad, ya que hay que mantener una distancia adecuada cuando se interacciona con otra persona para no invadir su espacio íntimo, las emociones, el trasfondo sociocultural, y los conocimientos. No todas las personas poseen el mismo nivel de conocimientos y habrá que adaptarse lo mejor posible al nivel cultural del paciente. Para que la relación sea óptima, influirá también un entorno agradable y cómodo que facilitará la comunicación.

Se pueden diferenciar dos formas de comunicación, la comunicación verbal, y la comunicación no verbal. La comunicación verbal se realiza a través de la palabra hablada o escrita. Siendo el conjunto de palabras, pronunciación, y la forma para combinarlas lo que define el lenguaje.

La comunicación no verbal se hará referencia al intercambio de un mensaje sin el uso de la palabra. Habrá diferentes aspectos a tener en cuenta en la comunicación no verbal, como por ejemplo; meta comunicación, kinesia, proxemia, el contacto físico, la conducta visual y las expresiones faciales.

## 5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario la comunicación es sumamente importante. Una fluida y correcta comunicación con el usuario será clave para poder atender la mayoría de sus necesidades médicas. Incluso se podría usar la comunicación como elemento terapéutico en la cual el celador y el usuario interactuarían, se relacionarían, intercambiarían ideas y opiniones, incluso podrían llegar a establecer acuerdos. Por eso, el profesional deberá tener una serie de conocimientos, habilidades, y competencias, como por ejemplo tener unas buenas habilidades sociales para poder tratar situaciones difíciles y así saber cómo ayudar. En cualquier caso, para que la comunicación sea exitosa hay que añadir otras características como son la calidez, empatía, asertividad y la autenticidad.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/comunicacion-celadores-paciente/.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 372

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

EVA ANTÓN SANZ

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARTA HUERTA GARCES

## 1 Introducción

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.

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.

Poseer habilidades de salud transferidas.
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 irreemplazable se explica por el hecho de que sirve como llave de acceso al Sistema Público de Salud.

## 2 Objetivos

- Especificar las atribuciones y finalidades de la tarjeta sanitaria y 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.

## 4 Resultados

La tarjeta sanitaria individual es un documento único y personalizado que acredita el derecho de una persona a la asistencia sanitaria pública.
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 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:.
- El anverso, donde se aprecia junto con otros datos:
- 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.
-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.
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.

## 5 Discusión-Conclusión

La tarjeta sanitaria individual es un documento único y personalizado que acredita el derecho de una persona a la asistencia sanitaria pública.
Cuando una persona solicita información sobre cómo obtener una tarjeta sanitaria, el auxiliar administrativo identificará sus necesidades y circunstancias, además de revisar los documentos, ya que las oficinas administrativas de los Centros y Clínicas de Salud sirven como puntos de entrada del público a nuestro sistema de salud. Documentación necesaria para que se tramite correctamente el derecho a la asistencia.
Cada vez más personas, especialmente aquellas con enfermedades crónicas, se muestran favorables a utilizar la tarjeta sanitaria como soporte de la receta electrónica por su adaptabilidad y comodidad.

## 6 Bibliografía

1.www.google.es

## Capítulo 373

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y EL USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA DE LOS PACIENTES

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

EVA ANTÓN SANZ

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARTA HUERTA GARCES

## 1 Introducción

Con la ayuda de un sistema de prescripción electrónica, podemos prescribir, rastrear y distribuir medicamentos automáticamente utilizando computadoras y tecnología de punta. A efectos de identificación, los pacientes deberán presentar su tarjeta sanitaria personal para acceder al sistema de receta electrónica.
Obtenga sus recetas. El médico es el encargado de redactar las recetas del paciente receta, que será visible en su electrónico. Posteriormente, el paciente deberá acudir a la farmacia con su tarjeta personal de identificación sanitaria para obtener el medicamento que le ha prescrito. El avance de estas tecnologías ha facilitado al territorio nacional el uso de este mecanismo y ha ahorrado una importante cantidad de papel en el proceso. El auxiliar administrativo puede acceder a una receta de un paciente.

Procedimiento para un sistema de gestión de reclamaciones. Una lectura de TSI, como la que se obtiene en una farmacia, es la única forma de ponerse en contacto con el paciente siempre y cuando la distribución sea digital. Si un paciente tiene acceso a medicamentos, el asistente administrativo podrá verlos en acción en el entorno donde se pueden administrar. La eficacia de los tratamientos se verifica mediante firmas digitales y la impresión instantánea de recetas es una opción.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del puesto del auxiliar administrativo, así como presentar la funcionalidad de la receta electrónica.

## 3 Metodología

Para ayudar con la creación de este trabajo, se realizó una investigación, que también incluyó un análisis bibliográfico del cuerpo de literatura científica pertinente existente. Se realizó una búsqueda exhaustiva en libros y artículos especializados en las principales bases de datos, incluidas Scielo y Pubmed, para encontrar información pertinente al tema del estudio.

## 4 Resultados

Dado que puede tramitar las reclamaciones pertinentes o comprobar los medicamentos que se encuentran actualmente activados en tu receta electrónica respecto a las recetas que aún están pendientes, el auxiliar administrativo es el principal experto encargado del acceso. Por otro lado, nunca podremos desarrollar ni distribuir medicamentos recetados electrónicamente sin la ayuda de un médico. Los pacientes ahora pueden obtener sus medicamentos más rápidamente.
Se utilizan recetas electrónicas, que también tienen una serie de ventajas e inconvenientes.
El sistema tiene una serie de ventajas clave, incluidas las siguientes:
-Una forma sencilla de buscar el historial de medicación.
-Fácil acceso a medicamentos recetados para los pacientes.
-Ayudar a los profesionales en el desempeño de sus funciones.
-Reducir las visitas de los pacientes al médico, ya que hacerlo es bueno para los pacientes.
-Reducir la longitud de las listas de espera de los centros de salud.

-Dispensar además una variedad de medicamentos.
-Permitir que el médico evalúe si los medicamentos prescritos y/o el curso de tratamiento de un paciente son compatibles.
-Los pacientes con enfermedades crónicas funcionarán más eficazmente.
-Sustituir las reuniones presenciales para estos procesos por consultas telefónicas.
-Comunicación entre comunidades autónomas.
-Más fácil acceso a los medicamentos para los pacientes.
-Mejorar el estándar de atención al paciente. Es crucial reconocer el impacto que esto ha tenido en términos de reducción de la carga de trabajo en atención primaria. Como cada medicamento se administra bajo la supervisión del médico, es fundamental garantizar el uso responsable de los medicamentos. Como resultado, la automedicación es menos común en la población general.
Si un paciente tiene acceso a medicamentos, el auxiliar administrativo podrá verlos en acción en el entorno donde se pueden administrar. La eficacia de los tratamientos se verifica mediante firmas digitales y la impresión instantánea de recetas es una opción.

## 5 Discusión-Conclusión

La adopción de la receta electrónica en todos los servicios de salud ha supuesto una mejora en el acceso de los pacientes a los medicamentos porque agilizó enormemente estos trámites para toda la población. Las tasas de automedicación dentro de la población pueden reducirse porque el médico tiene siempre un control sobre cómo se administra cada medicamento que ha recetado. Por ello, es fundamental el uso responsable de los medicamentos por los pacientes. La prescripción de estos medicamentos en papel, que parece haber quedado atrás en esta nueva era digital que nos rodea, supone una novedad en la aplicación de las nuevas tecnologías.

## 6 Bibliografía

1- https://www.contigoentufarmacia.com/receta-electronica

## Capítulo 374

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CONTROL DE SUMINISTROS DE UN HOSPITAL

MARIA SATURNINA GARCIA JAEN

ANA MARIA LUCHA PALOMARES

ADELA GARCÍA GARCÍA

MARTA HUERTA GARCES

EVA ANTÓN SANZ

## 1 Introducción

La responsabilidad de los servicios de suministro hospitalario es adquirir, transportar y almacenar todos los recursos materiales necesarios para los hospitales y establecimientos de salud.
El auxiliar administrativo, de quien se puede decir que es una pieza clave en todas estas tareas, será el encargado de la organización del hospital y del personal, quienes son los encargados de estos requisitos fundamentales, cruciales para que todo funcione como está previsto.
Las categorías de suministros son:
- Suministros internos: se almacenan en el almacén y se distribuyen a las distintas unidades para apoyar el crecimiento del negocio sanitario.

- Suministros externos: Son los suministros que los distintos proveedores obtienen de ellos tras recibir ofertas o presentaciones de nuevos productos de dichos proveedores.

Se incluyen en esta sección:

- Artículos antihigiénicos: incluyen, por ejemplo, comestibles, artículos de limpieza, material de oficina, uniformes del personal y ropa para pacientes encamados.
- Suministros médicos, incluyendo vendajes, grapadoras, hilo, grapas y material de radiodiagnóstico.
- Otros materiales, como tubos fluorescentes, electricidad y material radiactivo.

El auxiliar administrativo desempeña una serie de funciones dentro del departamento de compras y almacén general y es un componente vital para el buen funcionamiento del departamento.

Los pedidos de suministros generados por computadora se simplifican enormemente buscar y conservar todos los bienes.

## 2 Objetivos

- Explicar e identificar el servicio hospitalario que proporciona insumos, así como la participación del propio auxiliar administrativo 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Se puede decir que el personal administrativo y los auxiliares administrativos desempeñan ahora un papel crucial en la organización y gestión del sistema sanitario como resultado de la reciente digitalización de la industria.

La realización de una prestación adecuada está relacionada con este buen funcionamiento de insumos para poder pagar los servicios de salud, que están destinados a atender a los pacientes.

Para lograrlo es fundamental un servicio de suministro, que incluya un almacén y una división de compras.
Es imperativo que exista una estrategia de planificación porque, si bien puede ser necesario suministrar todo lo requerido, también es crucial lograr el mayor ahorro de costos sin comprometer la calidad. Para que todo llegue como debe, estarán a cargo de los administradores y auxiliares administrativos que trabajan en el departamento de contratación de almacén de la sección de compras.
1-En consecuencia, en el departamento de compras se realizan las siguientes tareas:
- Se reciben ofertas de proveedores con los que trabajamos frecuentemente o presentaciones de nuevos productos.
- Una vez finalizados los pasos antes mencionados, se notifica al proveedor la aceptación o rechazo de su oferta. La Junta de Compras del hospital es entonces se lo presentan si se aprueba, y son ellos quienes finalmente dan el visto bueno final a la compra.
- Los proveedores reciben los pedidos necesarios. El hecho de que cada producto tenga un código único hace que la gestión sea mucho más sencilla.
- Los pedidos tienen una ventana de entrega establecida y los pedidos que no llegan en esa ventana se informan.
2-En el almacén se realizan las siguientes funciones:
- Recepción de la mercancía.
- Realizar los pedidos solicitados y luego distribuirlos.
- Se realizan controles de calidad, stock e inventarios.

## 5 Discusión-Conclusión

Para atender adecuadamente a los pacientes, debe haber un número suficiente de suministro de material en los hospitales y centros de salud.
En lo que respecta al buen suministro, el auxiliar administrativo cobra especial importancia porque, entre otras cosas, se encarga de identificar posibles errores en la mercancía entregada y gestionar el papeleo relacionado.
Los pedidos de suministros generados por computadora se simplifican enormemente buscar y conservar todos los bienes.
Para brindar a los pacientes una atención de alta calidad, es crucial y esencial que todo el personal de suministros y sus secciones se coordinen bien y trabajen bien juntos.

# 6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/.

## Capítulo 375

# ACTUACIONES DEL CELADOR DE PARITORIO, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO DE LA MUJER EMBARAZADA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

## 1 Introducción

Durante el periodo que dura el embarazo de una mujer, aproximadamente cuarenta y dos semanas, si no hay contratiempos y se adelanta, la mujer sufre grandes alteraciones hormonales, físicas y psíquicas, pero que a la postre, son cambios gratificantes para la misma.
Durante este trascurso, la mujer embarazada, acudirá en multitud de ocasiones al centro hospitalario, en concreto al servicio de paritorio, por síntomas, dolores y molestias, relacionados con su estado. En estos procesos asistenciales, cuando acude por el servicio de urgencias, cuando acude a la sala de monitores, cuando acude a la consulta del ginecólogo, siempre será atendida, dentro de las funciones que le competen, por un celador.

Todo este recorrido por el centro hospitalario de la mujer embarazada, tendrá su meta y a la vez culmen, cuando llegue el momento del parto. Pero para llegar a esta parte del embarazo, la mujer embarazada, habrá ingresado en la planta de ginecología o no, habrá pasado directamente al servicio de paritorio, a excepción de los partos programados o la realización de una cesárea urgente o programada. También estará el profesional del celador en este momento tan importante en la vida de la mujer, referido este momento, desde el ingreso en la sala de dilatación, el traslado hasta el potro del paritorio, y la salida del mismo hasta la sala de recuperación o sala de puerperio.

## 2 Objetivos

- Describir los momentos de antes, durante y después del parto de la mujer embarazada.
- Conocer la actuación que realiza el celador en los momentos de antes, durante y después del parto.

## 3 Caso clínico

La mujer embarazada ingresada en la planta de ginecología está teniendo los pródromos o dolores de parto. El celador recibe la orden de urgencia de realizar el traslado de la paciente hasta el servicio de paritorio, donde ya está preparado el equipo del mismo, entre ellos el celador. El celador de paritorio, colabora con su compañero de planta, junto con el resto de personal, al traslado de la paciente hasta la cama de la sala de dilatación, y el personal de paritorio, ya está preparado para el inminente parto.

El celador de paritorio, coloca la cama de la planta de ginecología, en un lugar apartado, donde no obstaculice, los movimientos futuros. Mientras tanto, se escucha en el servicio, la voz, de ¡parto, en la dila 2! En este momento, el celador, sabe, aunque también, recibe la orden, de pasar a la paciente al paritorio, desenchufando la cama de dilatación, colocando a la paciente, asegurando cualquier mecanismo, como sueros, almohadas, etc., y se dirige con la misma y la paciente hasta el paritorio.

En el paritorio, ya está preparado el personal sanitario, la matrona y el auxiliar de enfermería. El celador coloca la cama junto al potro, en paralelo, y junto con el personal sanitario, pasan a la mujer embarazada hasta el mismo. Siguiendo las indicaciones de la matrona, el celador coloca a la mujer según la información recibida, y el potro, del mismo modo, en la ubicación exacta y altura demandada.

Mientras, tanto, se está realizando el parto, que su duración dependerá del desarrollo del mismo, el celador, devolverá la cama de la sala de dilatación a la misma, dejándola, en el lugar adecuado, y cabecero enchufado a la toma de corriente más cercana, y vuelve a esperar en el pasillo adyacente al paritorio.
A la orden de pasar, el celador, con la cama de la paciente, asignada en la planta de ginecología, la coloca del mismo modo, en paralelo y junto al potro, y realiza el traspaso de la mujer a su cama, que llevará hasta la sala de puerperio, donde, madre y bebé, serán observados mientras ambos se recuperan del esfuerzo realizado. Después de un tiempo de recuperación, el celador, traslada, a la paciente hasta la habitación que ocupaba en la planta de ginecología.

## 4 Discusión-Conclusión

Tras el desarrollo del caso, se puede concluir que el celador de paritorio tiene que permanecer continuamente en el servicio, porque puede darse el caso urgente de la realización del parto, es un suceso que no tiene esperas, y sus actuaciones son fundamentales para que esta se pueda llevar a cabo en el momento justo y con el resultado feliz para la madre y el bebé.
De este modo, se puede decir, que el celador de paritorio, como de los celadores de otros servicios, que son conocedores de todos los protocolos que existen en las diferentes unidades y servicios, y que es un profesional, cuya labor, es anticipadora de cualquier incidente o situación de urgencia que pueda producirse.

## 5 Bibliografía

1. El celador y la paciente embarazada. Disponible en: https://revistamedica.com
2. Funciones del celador en maternidad. Disponible en: https://fisiostar.com
3. El momento del parto. Disponible en: https://soyenfermera-blogspot.com

## Capítulo 376

# FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS URGENCIAS DE PEDIATRÍA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

## 1 Introducción

Dentro del servicio de urgencias de un centro hospitalario se encuentran las unidades de boxes, especialidades médicas, observación y pediatría. Cuando el paciente que acude a demandar una consulta urgente, tiene menos de trece años, es derivado a la unidad de urgencias de pediatría.
La unidad cuenta con boxes numerados, donde los pacientes niños y niños, ingresarán según patologías presentadas. Además de estos boxes, la unidad cuenta con un box vital, para la urgencia en la asistencia de algún paciente crítico, y de un box para la observación del paciente, en caso que se desee valorar los resultados de algún tratamiento o la evolución del niño o niña.
En esta unidad, como en otras del servicio de urgencias, se destaca la presencia de un pediatra, una enfermera, una auxiliar de enfermería y de un celador. Todos trabajan en equipo para conseguir que la estancia, la curación y el tiempo de

permanencia en la unidad de los niños y niñas, así como a sus padres, sea lo más agradable posible.
En el caso de necesitarse la asistencia de algún especialista, como cirujano pediátrico, el pediatra de la unidad, llamará inmediatamente al que está de guardia en el turno concreto.
La enfermera de la unidad, tras unas breves preguntas a los padres, es quien prioriza el orden de asistencia de los niños y niñas que esperan en la sala de espera infantil. Esta prioridad estará en base a los síntomas, edad y estado que presenten los menores, teniendo en cuenta, en todos los casos, la asistencia a los lactantes.

## 2 Objetivos

-Describir la unidad de las urgencias de pediatría.
-Conocer las funciones que el celador ejecuta en la unidad de urgencias de pediatría.

## 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 las urgencias pediátricas está siempre atento a las indicaciones y a la necesidad de su colaboración en dicha unidad. Esta colaboración incluye la sujeción con la técnica de la entremetida, se envuelve al niño o niña en la misma, dejando libre solamente el brazo deseado, para la colocación de una vía intravenosa, ya que son pacientes que por sus características no colaboran y se ponen nerviosos.
El celador dispone de un cajetín dentro del mostrador de la unidad, donde el personal sanitario, irá depositando los diferentes documentos de petición de pruebas complementarias o interconsultas. Estos documentos son recogidos por el

celador, que en cada uno de ellos, demandará si puede trasladar al paciente a la misma, obteniendo la respuesta conveniente en cada momento.
El celador traslada al paciente a la sala de radiología para la realización de placas radiográficas, quedándose con el paciente hasta su vuelta y colocándolo en la misma ubicación de la recogida, dando siempre aviso de su llegada a la enfermera de la unidad.
Otras funciones del celador consisten en el traslado de las muestras biológicas, entre ellas, analíticas de sangre, de orina o de antígenos, para valorar si los niños o niñas están contagiados de covid. En estos traslados el celador observará todas las medidas de seguridad, envases cerrados, guantes, y en su caso, caja de seguridad para los antígenos de covid.
En el caso de las interconsultas, el celador de la unidad, traslada al niño o niña, en silla de ruedas o cama, hasta la consulta deseada, comprobando que todos los instrumentos de la cama, como sueros o drenajes, van perfectamente colocados y acondicionados para el transporte.
También tiene a su cargo, el celador, el traslado de los pacientes, en su caso, hasta el quirófano o la uci. En este último caso, siempre irá acompañado por el personal sanitario de la unidad.

## 5 Discusión-Conclusión

El celador en la unidad de las urgencias de pediatría, con su trabajo, cumple con los objetivos de la misma, una atención integral de calidad a los niños y niñas que son atendidos en la misma. El celador de esta unidad nunca abandonará la misma, salvo indicaciones del personal sanitario, porque los pacientes infantiles son fácilmente alterables e inquietos, y en cualquier momento se puede necesitar su colaboración.
El profesional de celador en la unidad de urgencias de pediatría debe poseer unas cualidades innatas de empatía con el paciente y saber tratar a este tipo de paciente, lo cual facilitará en gran medida, la estancia del mismo en la unidad.

## 6 Bibliografía

1. El celador en urgencias. Disponible en: https://revistamedica.com.
2. Procedimientos de enfermería en urgencias de pediatría. Disponible en: https://seup.org.
3. Funciones del celador en el servicio de urgencias pediátricas. Disponible en: https://revistamedica.com.

## Capítulo 377

# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR DE URGENCIAS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN HELICÓPTERO MEDICALIZADO

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

RAIMUNDO GOMEZ IZQUIERDO

JOSE MARIA ROYO LOPEZ

ANTONIO LARA CARRASCO

PAULA LÓPEZ GARCÍA

## 1 Introducción

En el servicio de las urgencias hospitalarias puede producirse que los pacientes ingresados en cualquiera de sus unidades, boxes, especialidades médicas, observación o urgencias pediátricas, se encuentren en un momento dado, en un estado crítico que requiera el traslado al box vital de las urgencias, a quirófano del centro hospitalario o a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
En cualquiera de estos casos, el paciente, puede tratarse con los medios y personal que están dotadas cualquiera de estas unidades. Sin embargo, hay casos de pacientes críticos que con los medios y el personal que se tiene no puede tratarse la patología del paciente, y en la asistencia urgente, se necesita el traslado interhospitalario a otro centro.

Estos traslados suelen realizarse en Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI) móviles, cuando la situación crítica del paciente lo permite y están dichas uvis inactivas, en el momento de producirse la emergencia. Pero hay otros casos, en que las UVI móviles se encuentran operativas en otros servicios, o, que el paciente no puede permanecer en la situación extrema de necesidad, para salvaguardar su vida, a la espera de la UVI. En estos casos se pone en marcha el protocolo del helicóptero medicalizado de la región, para casos de traslados interhospitalarios de pacientes grandes quemados, precipitados de gran alcance, ictus irreversibles, etc.
En este capítulo se tratará de desarrollar el protocolo del traslado interhospitalario en helicóptero medicalizado de los pacientes ingresados en las urgencias hospitalarias y del papel que el celador de urgencias tiene en el mismo.

## 2 Objetivos

-Describir el protocolo de activación del traslado interhospitalario por medio del helicóptero medicalizado.
-Conocer las actuaciones del celador de urgencias en la puesta en la activación del traslado interhospitalario por medio del helicóptero medicalizado.

## 3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

## 4 Resultados

En el traslado del paciente crítico a otro centro hospitalario en el helicóptero medicalizado intervienen algunos de los profesionales de la unidad. Entre ellos se destacan, el médico de urgencias, con la llamada al servicio de urgencias y emergencias de la región, el personal de seguridad privada, el servicio de mantenimiento y el celador de urgencias.

El helicóptero medicalizado ha aterrizado en el helipuerto del centro hospitalario, donde el servicio de mantenimiento, previamente ha señalizado con el encendido de todas las luces del mismo, marcando el perímetro del helipuerto la zona de aterrizaje. Mientras, el personal de seguridad privada, ha asegurado el ascensor que lleva hasta la terraza del helipuerto. En esta toma del ascensor, se sitúan dos profesionales de la seguridad, uno en el ascensor de las plantas bajas, y otro en las intermedias, con el fin, que se encuentren libre de uso y no pueda utilizarse, ni por el resto del personal del centro hospitalario, ni por los propios usuarios del mismo.

El celador de urgencias dispone una camilla del box vital, sin la colchoneta, y toma el ascensor, custodiado por el personal de seguridad, para ascender hasta la azotea del edificio, donde en el helicóptero parado, espera, el médico y el enfermero de helicóptero, mientras el piloto, espera en el mismo. El celador de urgencias deposita en la camilla la tabla de traslado y los maletines de ambos profesionales y todos se dirigen hasta el box vital, donde espera el paciente.

Tras una breve exploración del paciente por parte del médico y enfermero del helicóptero, el celador de urgencias, con la colaboración de todo el equipo, realizan la transferencia del paciente de la cama del vital a la camilla vacía del mismo, con la tabla de transferencia que se queda colocada en la posición supina del paciente.

El celador, junto con el resto del equipo, sube de nuevo, por el ascensor custodiado, hasta la terraza, donde se realiza el intercambio, con la tabla, hasta la camilla fija que tiene el helicóptero, del paciente y la tabla de intercambio.

El celador concluye su labor, bajando la camilla de nuevo al box vita, y colocando la colchoneta o colchón en la misma, ubicándola en el puesto correspondiente.

## 5 Discusión-Conclusión

El protocolo de actuación del helicóptero medicalizado en los ingresos interhospitalarios tiene que ser conocido por todos los celadores del servicio de urgencias. No puede permitirse ningún acerbo de duda o inseguridad a la hora del traslado de un paciente que tiene su vida colgando de un hilo.

Además, el uso de la camilla, libre, tiene que estar ubicada su localización, cerca del paciente que va a ser trasladado, en caso, de ser necesario su utilización.

También se destaca la labor ejercida por el servicio de mantenimiento y del equipo de seguridad privada, en la iluminación de la zona de aterrizaje y en la custodia de los ascensores que van a utilizarse durante el traslado.

# 6 Bibliografía

1. Protocolo de transporte de enfermos críticos. Disponible en: https://www.epes.es
2. Funciones del celador en urgencias. Disponible en: https://essaeformacion.com
3. Actuación del celador en el servicio de urgencias. Disponible en: htgtps://celadoresonline.blogspot.com

## Capítulo 378

# AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ARCHIVO

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS

## 1 Introducción

Todos los archivos de historias clínicas de los pacientes se organizan, resguardan y conservan en el departamento del Servicio de Archivo Clínico. Mantener estos registros seguros es crucial porque no solo contienen toda la información sobre sus afiliaciones sino también detalles sobre el apoyo que han recibido a lo largo de sus vidas, su inmunización como resultado de todas sus vacunas y más antecedentes de salud, enfermedades presentes, etc.
La historia clínica se mantenía en papel antes de que los hospitales comenzaran a utilizar la intranet para distribuir documentos a todo el personal médico; por ello, este servicio se encarga de digitalizarlo para que sea accesible a todos los profesionales sanitarios que prestan atención al paciente. Toda la documentación

formateada debe mantenerse almacenada y organizada con el máximo respeto a su contenido.
Todo lo que hay en el archivo se utiliza no sólo individualmente sino también colectivamente, por ejemplo, se pueden realizar estadísticas y estudios para ayudar a la investigación en pandemias como la actual COVID-19.
En conclusión, estos datos representan la memoria de salud única de cada paciente, así como toda la atención que se ha brindado y se brinda en la industria de la salud. Estos datos se pueden utilizar en investigaciones para avanzar en la ciencia médica.
El auxiliar administrativo del hospital es el encargado de este servicio para la gestión de estos documentos, incluyendo su digitalización, almacenamiento y custodia.

## 2 Objetivos

Ilustrar las funciones principales de los asistentes administrativos en el departamento de Archivo de un hospital.

## 3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema del próximo capítulo en revistas académicas y otros artículos en línea. La información menos importante fue eliminada después de revisar todo lo recopilado y ha llegado el momento de escribirlo y redactarlo.

## 4 Resultados

Las siguientes son las responsabilidades generales de los auxiliares administrativos en los archivos clínicos.
- Velar por una adecuada gestión documental, asegurando la transparencia de la información y facilitando el acceso de las personas a la misma.
- Recopilar, preservar y proteger toda la información que se haya recibido y sea necesaria para la atención de los pacientes.
- Deberás poder encontrar cada documento concreto en las subcarpetas en las que tiene dividido el sistema de almacenaje, así como toda la documentación analógica que haya sido ordenada ordenadamente en el mueble correspondiente.

- Convertir la documentación analógica a un formato digital para que todos los profesionales de la salud que brindan atención al paciente o realizan investigaciones clínicas puedan acceder a ella mucho más rápidamente. Debe estar familiarizado con el software, los programas informáticos y las herramientas electrónicas que puede utilizar para completar esta tarea.
- Deberán manejar toda la información de forma privada respetando la Ley de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), o de lo contrario se estará en flagrante delito.
- En lo que respecta a la solicitud por parte de los trabajadores de la salud de documentos conservados en formato papel, la auxiliar administrativa es la encargada de encontrarlos y, para evitar que su manipulación pueda dañarlos, fotocopiará cada uno de los documentos solicitados y los hará llegar al profesional que les ha demandado.
- Está obligado a mantener un registro de todas las solicitudes de documentación realizadas por los profesionales médicos y sanitarios, así como del ingreso de cualquier documentación nueva.

Las aplicaciones y programas informáticos antes mencionados, así como cualquier otra tecnología necesaria para el correcto desempeño de su trabajo, deberán ser comprendidos por él auxiliares administrativos.

## 5 Discusión-Conclusión

Dependiendo del servicio donde se desempeña, el auxiliar administrativo hospitalario realiza algunas funciones generales dentro de su categoría así como algunas únicas y otras específicas.

El archivo hospitalario es el lugar donde se guardan todos los registros de la afiliación, la asistencia brindada a los pacientes, las enfermedades, las vacunas, etc.

Debido a la importancia de esta información, debe manejarse con discreción y respeto.

El auxiliar administrativo debe recibir capacitación en esta área, comprender la importancia del material que maneja y además ser consciente de que cualquier error que cometa o los registros que omita pueden afectar indirectamente al paciente.

## 6 Bibliografía

1-Ocronos. Vol. VI. Nº 3–Marzo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº3: 194 https://revistamedica.com/archivo-hospitalario-funciones

## Capítulo 379

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS

## 1 Introducción

En los centros sanitarios acude mucha gente a lo largo del día, lo que puede provocar conflictos por diversos motivos. Los auxiliares administrativos deben poder manejar los conflictos porque debemos reconocerlos como una parte normal del lugar de trabajo.
Debe considerar la actitud, la empatía y la comunicación de la otra persona a medida que aprende a manejar el conflicto para poder afrontarlo.
Un reclamo es una demanda hecha por una persona para abordar un tema en particular. Se debe buscar la mejor solución después de evaluar esta afirmación.
Cuando un paciente se queja es porque cree que se están violando sus derechos como paciente y la única manera de expresarlo es presentando una queja formal y de forma oral o escrita, esta afirmación podrá hacerse.

Hay ocasiones en las que se presentan ideas para elevar los estándares de servicio y aumentar la satisfacción del cliente.
Es necesario que las Comunidades Autónomas creen sus propias leyes que respeten los derechos de los ciudadanos.
Los conflictos deben evitarse siempre que sea posible, pero cuando esto no es posible, hay que asumirlos y afrontarlos. Cada reclamo debe ser respetado y aceptado.
El auxiliar administrativo debe prestar mucha atención en ambas situaciones y asegurarse de que se cumple el protocolo del centro.

## 2 Objetivos

Describir los pasos que se deben seguir para llevarlos a cabo y las posibles soluciones que se deben comentar con el paciente o usuario.

## 3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han consultado artículos de Pubmed y otras bases de datos importantes.
Los artículos científicos se eligen de revistas académicas revisadas por pares de Medline, Scielo y Google Académico.

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo puede actuar de dos maneras ante reclamos e inconformidades:
1. Sólo necesita que todos sepan dónde y cómo presentar quejas. Normalmente, los realiza el servicio de atención al paciente.
2. que es su responsabilidad responder directamente a las inquietudes y desacuerdos de cada usuario. Las circunstancias normales se dan en Atención Primaria, que carece de servicios de atención al paciente.
El auxiliar administrativo debe prestar mucha atención en ambas situaciones y asegurarse de que se cumple el protocolo del centro.
Al momento de atender un reclamo, el asistente administrativo debe tomar una serie de acciones:
- Prestar atención al problema del paciente.

- Recoger la reclamación de forma educada y respetuosa.
- Proporcionar garantía y seguridad al intentar resolver el problema.
- Asistirle para que el reclamo sea válido si no hay solución. Necesitará un formulario, que puede obtenerse en hospitales y centros de salud y enviarse electrónicamente, manualmente, en persona o por correo.

Cuando un cliente no está satisfecho con la atención que recibió en un centro o centro de atención médica, puede presentar una queja; cuando quieran sugerir un cambio en la instalación, servicio o instalación, pueden presentar una sugerencia. El fracaso o la frustración a veces pueden ser inevitables porque Los conflictos nunca se pueden resolver, no importa cuánto lo intentes o cuán cuidadosamente sigas todos los procedimientos establecidos. Como resultado, pueden desarrollarse enfermedades como tensión, preocupación o tristeza.

Por lo tanto, se debe evitar el conflicto siempre que sea posible, e incluso si hay que abordarlo porque es un hecho de la vida, debemos aprender a aceptarlo.

Los conflictos deben evitarse siempre que sea posible, pero cuando esto no es posible, hay que asumirlos y afrontarlos y cada reclamo debe ser respetado y aceptado.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos decir que los propios auxiliares administrativos deben ver las quejas no como hechos o un insulto a su dignidad, sino como una forma de investigar los problemas planteados por los usuarios e intentar solucionarlos. Es un esfuerzo para tratar de brindarles mejores servicios administrativos y de los servicios de salud.

Además, no todos los usuarios presentan una queja; algunos simplemente dejan una sugerencia o un agradecimiento.

Como resultado, todos los profesionales y organizaciones deben reconocer el conflicto como un hecho natural que forma parte de la vida diaria, algo que puede suceder y que requiere una gestión adecuada.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 380

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS SANITARIOS

AMELIA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

CONCEPCION BLÁZQUEZ MORENO

MARÍA DEL SOCORRO DE LA CUERDA SÁNCHEZ-HORNEROS

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

LAURA ALBERCA CARRAMOLINO

## 1 Introducción

En el Centro de Salud, los pacientes pueden recibir atención por teléfono, además de en persona.
Debido a la pandemia global y al hecho de que muchas tareas administrativas se pueden realizar por teléfono, lo que acelera enormemente el proceso y mantiene a usuarios y pacientes fuera del centro de salud, este servicio telefónico se ha vuelto cada vez más crucial. Los servicios telefónicos estuvieron disponibles durante el brote de Covid-19, el único medio para llegar a un médico. Debido a que fue necesario modificar todo el procedimiento de gestión, lo que requirió mucho trabajo organizativo, la necesidad de auxiliares administrativos aumentó significativamente.

Desde la pandemia, este tipo de grupo opera dentro de nuestro sistema de salud. Debido a que solo se puede comunicar con los usuarios o pacientes verbalmente, los asistentes administrativos deben poder expresarse claramente porque el tono es una forma de comunicación.
La auxiliar administrativa es la cara del centro de salud cuando atiende el teléfono, que es lo primero a destacar en el área de atención telefónica.
Los auxiliares administrativos que trabajan en centros de salud deben poseer una amplia gama de habilidades, incluida la paciencia, la comprensión y la empatía por los pacientes a los que atienden.

## 2 Objetivos

Explicar cómo el auxiliar administrativo debe gestionar y atender las llamadas en un centro de salud para garantizar una comunicación efectiva entre usuario y paciente.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada.
Con la ayuda de palabras clave como auxiliar y servicio telefónico, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y se extrajeron artículos de las principales bases de datos como Scielo y Google Académico.

## 4 Resultados

Los auxiliares administrativos son el primer punto de contacto para los usuarios o pacientes de los centros de salud porque el uso del teléfono es el método más común.
Empatía, cortesía, comunicación efectiva, buena capacidad de escucha y firmeza en la resolución de problemas son las principales características de un asistente administrativo que cumple esta función. La información del usuario o paciente debe ser precisa para poder brindar un buen servicio telefónico.
Para satisfacer las necesidades o deseos del usuario, debe ser confiable y de alto calibre, la escucha debe ser activa y determinada, y el auxiliar administrativo debe actuar con claridad. Se requirió una respuesta rápida y eficiente por parte del paciente.

Para garantizar la calidad de la llamada cuando un asistente administrativo contesta un teléfono, se deben seguir los siguientes lineamientos:
- El teléfono no debería sonar durante un periodo prolongado de tiempo.
- Presentarse y comunicar el lugar del centro sanitario al responder.
- Hablar con claridad y calma al responder.
- Intentar resolver cualquier problema que pueda tener el usuario antes de colgar.
- Si es necesario desviar la llamada, se debe informar al usuario del cambio.
- No se debe hacer esperar demasiado al usuario y debe ser informado de la causa del retraso.
- En el caso de que se solicite hablar con otra persona, pero no esté disponible, las devoluciones de llamada se realizan utilizando los datos del paciente o usuario.
- Nunca gritar al usuario ni discutir con él.
- Cuando el usuario cuelgue el teléfono, expresa tu agradecimiento por su llamada.

Dado que solo se comunican con los pacientes o usuarios verbalmente o mediante audífonos, los auxiliares administrativos que contestan el teléfono correctamente deben ser muy comunicativos.

## 5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos en los centros de salud desempeñan una variedad de tareas que requieren un alto nivel de habilidad, resistencia y comprensión.
Dado que solo se comunican con los pacientes o usuarios verbalmente o mediante audífonos, los auxiliares administrativos que contestan el teléfono correctamente deben ser muy comunicativos.
Dado que los pacientes llaman a su centro de salud para concertar, modificar o cancelar citas, la gestión del servicio telefónico por parte del auxiliar administrativo en un centro de salud es crucial.
En consecuencia, podemos concluir que la labor de los auxiliares administrativos en el servicio telefónico es crucial en los centros de salud.

## 6 Bibliografía

1.https://www. aicad.es/atención-telefónica-empresa/.
2.www.scielo.org

## Capítulo 381

# FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS DE UN HOSPITAL

LAURA GARRIDO ORMEÑO

## 1 Introducción

El departamento de suministros de un hospital, a veces también conocido como el departamento de adquisiciones o gestión de materiales, juega un papel fundamental en la operación y el funcionamiento del hospital. Este departamento se encarga de gestionar y garantizar el suministro constante de los productos, equipos médicos y materiales necesarios para el funcionamiento de la institución de salud.

Una función importante consiste en identificar las necesidades de suministros médicos y materiales en el hospital, evaluar proveedores y productos, y realizar compras eficientes y efectivas. También deben mantener un inventario preciso de todos los suministros y equipos médicos, supervisar los niveles de existencias y asegurarse de que se mantengan dentro de los límites adecuados. Otra función es procesar las solicitudes de suministros de diferentes departamentos del hospital y coordinar la adquisición y distribución oportuna de estos.

De esta forma, en el departamento de suministros se debe negociar términos y contratos con proveedores para obtener los mejores precios, plazos de entrega y condiciones de garantía. También se debe supervisar la calidad de los suministros y equipos médicos, asegurándose de que cumplan con los estándares y

regulaciones aplicables. Y es que asegurar que los suministros lleguen a los departamentos y áreas de atención médica que los necesitan en el momento adecuado ayuda a coordinar devoluciones y reemplazos de productos defectuosos o dañados, así como gestionar devoluciones de suministros no utilizados o en exceso (1).
En este departamento también se monitorean y controlan los gastos relacionados con los suministros para garantizar un uso eficiente de los recursos y cumplir con el presupuesto. A la vez se mantiene los registros y documentación precisa de todos los pedidos, entregas, facturas y transacciones relacionadas con suministros médicos.

## 2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en el departamento de suministros del hospital.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo en el departamento de suministros de un hospital desempeña un papel crucial para garantizar que el flujo de suministros y equipos médicos sea eficiente y efectivo. Sus funciones pueden variar según la estructura y las necesidades específicas del hospital. Una de las funciones más importantes en llevar un registro detallado de todos los suministros médicos y equipos en existencia, supervisando niveles de existencias y solicitando reabastecimiento cuando sea necesario para evitar escasez o exceso. También deben recibir y verificar la calidad y cantidad de los suministros entregados, distribuirlos a los departamentos correspondientes y mantener un registro preciso de las entregas y procesar las solicitudes de suministros de diferentes departamentos del hospital,

asegurándose de que se realicen pedidos precisos y de que se cumplan los plazos de entrega (2).
Es importante que se encargue de colaborar con el departamento de calidad para garantizar que los suministros cumplan con los estándares y regulaciones establecidos, identificando y reportando cualquier problema de calidad. Esto incluye mantener relaciones con los proveedores, negociar precios y términos de entrega, y evaluar periódicamente la calidad y el rendimiento de los proveedores. También mantener registros y documentación precisa de todos los pedidos, entregas, facturas y transacciones relacionadas con suministros médicos.
Con respecto a la gestión de los presupuestos, este profesional debe colaborar en la gestión del presupuesto del departamento de suministros, buscando oportunidades para reducir costos sin comprometer la calidad de los suministros. De esta forma debe encargarse de resolver problemas relacionados con suministros, como entregas incorrectas, daños en los productos o escasez inesperada, de manera rápida y eficiente para minimizar el impacto en la atención médica. Trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el de enfermería y el de compras, garantiza una comunicación fluida y una distribución eficiente de suministros (3).
Además, es importante destacar que el auxiliar administrativo debe mantenerse al tanto de las últimas tecnologías y sistemas de gestión de inventario para mejorar la eficiencia y la precisión en el seguimiento de los suministros. De esta forma debe asegurarse de que todos los procedimientos y procesos relacionados con suministros cumplan con las regulaciones y normativas aplicables en la industria de la salud. También puede proporcionar capacitación y orientación a otros miembros del personal sobre políticas y procedimientos relacionados con suministros y gestionar la formación continua cuando sea necesario.

## 5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el departamento de suministros de un hospital al llevar a cabo una serie de funciones clave que contribuyen al funcionamiento eficiente de la institución de salud. Sus responsabilidades incluyen la gestión de inventarios, la adquisición de suministros, la coordinación con proveedores, el control de calidad y la supervisión de documentos, entre otras.
La labor del auxiliar administrativo en este contexto es fundamental para garantizar que los suministros médicos estén disponibles de manera oportuna, que se mantenga un control de costos efectivo y que se cumplan las regulaciones y es-

tándares de calidad aplicables. En última instancia, su contribución permite que el hospital proporcione atención médica de alta calidad a los pacientes mientras administra de manera eficiente los recursos disponibles.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-almacen-hospital/
2. https://apuntesdeunaopositora.blogspot.com/2020/01/los-suministros.html
3. https://congresosicepa.com/una-breve-introduccion-al-servicio-de-suministros-de-un-hospital-desde-la-perspectiva-del-administrativo-y-o-auxiliar-administrativo/

## Capítulo 382

# EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

JOSE URREA GARCÍA

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

## 1 Introducción

La población española es una de las que más ha envejecido en las últimas décadas. Esto se debe a una combinación de factores, incluida una tasa de mortalidad muy baja entre las personas y una disminución de la tasa de natalidad provocada por una crisis económica. La esperanza de vida también ha aumentado como resultado de los avances médicos.

Los seres humanos viven más tiempo y, como resultado, las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, como el Alzheimer y la demencia senil, aumentan constantemente.
Para que la estancia de los pacientes en un centro hospitalario sea lo más cómoda posible, el portero que desempeña sus funciones dentro del servicio geriátrico debe tener conocimientos suficientes sobre el trato y cuidados especiales que estos pacientes necesitan, así como cierta empatía con ellos.

El celador es uno de los empleados más importantes en los centros de salud porque brinda atención médica adecuada tanto a los pacientes de edad avanzada que necesitan ser hospitalizados como a los que ya han sido ingresados. También brindan movilidad continua a los pacientes, los alojan o ayudan a los asistentes de enfermería con tareas diarias como limpiar, alimentar y atender sus necesidades, además de derivar sus preguntas a la persona adecuada.

## 2 Objetivos

Dar a conocer los deberes esenciales de un celador frente a un paciente geriátrico.

## 3 Metodología

Para avanzar en este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros en las tres bases de datos principales (PubMed, Medline y Scielo) y también se han consultado artículos.

## 4 Resultados

El tipo de paciente geriátrico es aquel que requiere cuidados psicológicos y físicos adecuados porque pueden aguantar más que cualquier otro tipo de paciente y porque son más sensibles. Como resultado, el celador ayudará a aumentar la calidad del trabajo que realiza porque, en algunos casos, el papel psicológico es crucial porque determina si un paciente cooperará o no, lo que acelera la recuperación.

La única responsabilidad de un celador que atiende a estos pacientes es ayudar al personal médico y brindarles servicios de apoyo, como ayudar con ejercicios de rehabilitación a pacientes de edad avanzada que presentan ciertas secuelas o movilidad limitada. Los enfermeros que trabajan con estos pacientes no son responsables de diagnosticar la enfermedad ni de gran parte de su tratamiento.

El celador debe poseer una variedad de habilidades, incluidas las siguientes, para poder trabajar en este tipo de unidades y servicios.

• Podrán reconocer situaciones dolorosas en cualquier momento y actuar en consecuencia en el menor tiempo gracias a su capacidad para observar señales no verbales.

• Reconocer que cada paciente es muy diferente y que no todos pueden ser tratados de la misma manera. Esto les permitirá analizar cada situación y determinar qué les funciona y qué es apropiado para un tipo particular de paciente.
• Deben ser sensibles y esforzarse por comprender los sentimientos de los demás.
• No necesitan mantener una posición extrema; sino que deben trabajar dentro de los límites de la gravedad y de sus respectivas funciones, explicando en todo momento cómo moverse y realizando cada procedimiento de la forma más cómoda para el paciente. Tan acogedor como práctico.
• Incluso si el paciente no puede cooperar debido a su condición, debe ser considerado y respetuoso, cuidando siempre su lenguaje.

## 5 Discusión-Conclusión

Dado a las condiciones que se encuentran frecuentemente en pacientes de edad avanzada, el celador debe estar familiarizado con ellas. Sin embargo, para otras tareas más especializadas, se debería poner más énfasis en estas condiciones mentales, como la demencia o la depresión, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes geriátricos.
El ambiente será más tranquilo, agradable o respetuoso con la adecuada formación del celador, y los pacientes se beneficiarán más de la colaboración entre todo el personal sanitario y no sanitario.
La única responsabilidad de un celador que atiende a estos pacientes es ayudar al personal médico y brindarles servicios de apoyo.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 383

# LA UNIDAD DE PALIATIVOS Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

JOSE URREA GARCÍA

## 1 Introducción

Una enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento curativo específico ni capacidad de posponer su evolución y, como resultado, provoca la muerte, según las definiciones proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Progresa durante un período de tiempo variable (normalmente suele ser menos de seis meses), produce síntomas graves, complejos y cambiantes, y causa tanto al paciente como a su familia un gran sufrimiento físico y muy emocional.
Aunque la enfermedad persiste y continúa progresando irreversiblemente, el objetivo de la atención médica en casos terminales es ”cuidar” al paciente en lugar de ”curarlo”. Hasta la muerte, se debe garantizar el más alto nivel de vida posible. Esta fue la razón fundamental detrás del desarrollo de los cuidados paliativos, un tipo completamente nuevo de tratamiento médico integral.

Al ser miembro del equipo (junto con médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, etc.), el papel y la actitud del celador frente al paciente terminal son cruciales, ya que ofrece cuidados paliativos. En estas situaciones se deben enfatizar las cualidades físicas, intelectuales, psicológicas y personales del celador. Además, hay algunas habilidades para las relaciones interpersonales que debe poseer.

## 2 Objetivos

Enfatizar la importancia de los cuidados paliativos y las medidas adoptadas por el celador para garantizar el confort del paciente empatizando (poniéndose en el lugar del paciente).

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Al tratar a este tipo de pacientes, el papel del celador es mejorar su calidad de vida, brindándole una atención que tenga como objetivo mejorar no solo los síntomas, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de su condición.
Todos los profesionales deben trabajar juntos de forma eficaz para estar bien coordinados y ofrecer una atención integral, ya sea en el hospital o en el domicilio. Habrá atención constante, individualizado, fomentando la dignidad del paciente y manteniendo la higiene diaria continua del paciente y la suya propia, el espacio de la habitación, el mobiliario y los materiales utilizados por el paciente durante su estancia hospitalaria conforman la unidad del paciente.
Dado que debe considerar a la paciente y su familia, el celador debe extremar la precaución en todos sus intercambios verbales. Necesita trabajar en su empatía y prestar atención. La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona y comprender cómo se siente o pensar las necesidades psicológicas del paciente, prestándole atención y conversando con él.

Se debe tener en cuenta el proceso de duelo que atraviesan familiares, amigos y allegados porque el estado terminal también provoca en ellos ansiedad y cambios de actitud.
La aceptación de la muerte se puede dividir en cinco etapas, según el psiquiatra suizo-estadounidense Kùbler Ross (1926-2004).
- Negación: incapacidad de reconocer y aceptar como verdadero el hecho de que se tiene la enfermedad.
- Ira: etapa de asco, rabia, disgusto, resentimiento y hostilidad por poseer una pérdida de salud.
- Negociación: el paciente acepta morir, pero hace un esfuerzo por retrasarlo o posponerlo de alguna manera.
- La depresión es una etapa depresiva de desánimo. Indignación por la propia condición.
- Aceptación: reconocer la enfermedad del paciente y sus circunstancias actuales.
Las personas sufren de diferentes maneras, por lo que el cuidador debe abordar a cada persona de manera diferente e individual, respetando siempre sus valores sociales, religiosos y de otro tipo de necesidades.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando se trata de cuidados paliativos, la principal preocupación del celador es la conveniencia y el confort del paciente.
Cuidar tanto el cuerpo como el alma es tan crucial como garantizar que nunca se sienta solo y que tenga alguien con quien desahogarse es mantenerlo en posiciones acogedoras, a una temperatura saludable y con buena salud.
Se necesitará casi tanta atención para los familiares y amigos como para el paciente, a veces incluso sin que ellos se den cuenta. Experimentarán una variedad de emociones que no siempre sabrán controlar, incluidas varias etapas del duelo.
Aunque el resto siempre son cruciales, las funciones en este caso enfatizan más la empatía que las demás.

## 6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.
4. El celador en cuidados paliativos, formación continuada Logoss.

## Capítulo 384

# EL CELADOR DE PLANTA Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN ELLA

AISHA SÁEZ SÁNCHEZ

MIGUELINA MARTINEZ PIRIS

JOSE URREA GARCÍA

GABRIEL MONTERO BALLESTEROS

JAVIER MONTERO VÁZQUEZ

## 1 Introducción

Las plantas son las zonas del hospital donde ingresan los pacientes y estas están repartidas en diferentes pisos donde se encuentran las habitaciones de los enfermos. La función de estas unidades es dar una atención especial y asistencial con el fin de proporcionar la comodidad de los enfermos, así como un diagnóstico y tratamiento.

El hospital es el centro en el que se va a prestar atención y asistencia a los enfermos, por parte de los médicos, el personal de enfermería, los auxiliares y de otros servicios, durante las 24 horas todo el año.

En las plantas encontraremos 8 zonas a distinguir: las habitaciones, los pasillos, la zona de control, el office, el cuarto de ropa sucia y residuos, el almacén de lencería y la sala de estar.

La habitación de cada paciente cuenta con toma de oxígeno y otra para el sistema de vacío, dispone de un timbre para que en caso de emergencia el paciente

lo toque, una mesilla adaptable, un sillón, la cama normal u ortopédica para adoptar diferentes tipos de posturas, una cuña, batea, televisor y ventana para iluminación natural 1.
En cuanto a la distribución del personal en planta: se encuentran la supervisora, las enfermeras, los auxiliares, las cuales reparten las tareas, por otro lado, pacientes y celadores que se encargarán de los traslados y movilizaciones de pacientes, y por último el personal de limpieza y de mantenimiento.

## 2 Objetivos

Presentar las diferentes funciones que desempeña el celador en una planta de hospitalización, cuál son sus cometidos y qué tareas realiza.

## 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, con palabras clave. Se han seleccionado los artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Las funciones que desempeña el celador en una planta son las siguientes:
1- Prestará los servicios de guardia que le corresponda y siempre en orden a los turnos que se le otorguen.
2- Ayudará al personal sanitario en todas las movilizaciones y las trasferencias de los pacientes.
3- Invitará a abandonar de la institución o centro a todos aquellos visitantes que no justifique la permanencia en la misma, siempre de manera educada. Además, controlará la entrada y salida de los visitantes.
4- Vigilará la correcta conservación de los materiales y enseres del centro.
5- Llevarán los informes tanto verbales como escritos a los servicios que les sean ordenados por sus superiores con diligencia y rapidez.
6- Prestarán servicios de ascensoristas siempre y cuando se le asigne este cometido.
7- Instalará a los enfermos cuando lleguen a planta, siempre con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

8- Trasladará a los pacientes a otros servicios o consultas.
9- Transportará y colocará la botella de oxígeno a la cabecera de la cama siguiendo instrucciones del personal de enfermería.
10- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos.
11- Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa.
12- Ayudará en la colocación o retirada de cuñas a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería por circunstancias especiales.
13- Trasladará aparatos y mobiliario.
14- Ayudará a las enfermeras a amortajar a los pacientes fallecidos, vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuorio.
Además, para garantizar un buen desarrollo en el funcionamiento de una planta de hospitalización, el celador debe estar debidamente preparado y muy bien formado en los protocolos de actuación.

## 5 Discusión-Conclusión

Como conclusión hemos visto en este capítulo que los celadores en una planta se encargarán de la movilización y traslado de los pacientes, transportarán mobiliario de un sitio a otro, como es el caso de camas, sillas de ruedas, camillas, aparatos médicos etc. Además, para garantizar un buen desarrollo en el funcionamiento de una planta de hospitalización, el celador debe estar debidamente preparado y bien formado en los protocolos de actuación, aparatos médicos, etc. Además, para garantizar un buen desarrollo en el funcionamiento de una planta de hospitalización, el celador debe estar debidamente preparado y bien formado en los protocolos de actuación.
El celador es imprescindible en los equipos de trabajo, en una planta de hospitalización, se requiere saber trabajar en equipo, ser dinámico, tener paciencia, y sobre todo empatía, ya que nos podemos encontrar con diferentes tipos de personas como son las personas con problemas sociales, problemas psíquicos, físicos o todo lo contrario personas que solamente se encuentran en una situación patológica, pero que precisan atención.

## 6 Bibliografía

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

2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 385

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGULACIONES DE PRIVACIDAD EN UN HOSPITAL

SORAYA NOGALES PIQUERAS

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

LAURA GARRIDO ORMEÑO

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

## 1 Introducción

El manejo de historias clínicas y el cumplimiento de las regulaciones de privacidad son aspectos de vital importancia en un hospital por diversas razones. La información contenida en las historias clínicas es altamente confidencial y sensible. Garantizar su privacidad es esencial para mantener la confianza del paciente en el sistema de atención médica y para cumplir con los principios éticos de la profesión médica.

Los hospitales están sujetos a regulaciones legales y normativas, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en Estados Unidos, que requieren la protección de la información médica. El incumplimiento de estas regulaciones puede resultar en sanciones legales y multas significativas. Un manejo adecuado de las historias clínicas y registros médicos ayuda a prevenir el fraude médico y la apropiación indebida de la información del paciente. Esto es esencial para garantizar que los servicios médicos se brinden de manera ética y justa (1).

Las historias clínicas contienen información esencial sobre la historia médica de un paciente, incluidos diagnósticos previos, tratamientos y alergias. Un acceso rápido y seguro a esta información es crucial para proporcionar una atención médica de calidad y segura, especialmente en situaciones de emergencia. En entornos médicos, es común que varios profesionales de la salud atiendan a un mismo paciente. Las historias clínicas bien gestionadas permiten una coordinación eficaz entre médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica, lo que mejora la continuidad y la calidad de la atención.

Los datos contenidos en las historias clínicas pueden ser utilizados para investigaciones médicas y epidemiológicas. Sin embargo, para que esto sea ético y legal, es fundamental proteger la privacidad de los pacientes y obtener su consentimiento cuando sea necesario.

## 2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en el manejo de historias clínicas y regulaciones de privacidad en un hospital.
- Mostrar cómo proteger la privacidad de los pacientes y obtener su consentimiento cuando sea necesario, garantizando la confianza del paciente en el sistema de atención médica.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Google académico,

seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo en un hospital desempeña un papel crucial en la gestión de historias clínicas y en el cumplimiento de regulaciones de privacidad. Sus funciones pueden variar según el tamaño y la estructura del hospital.

El registro y mantenimiento de historias clínicas es un proceso fundamental en cualquier entorno de atención médica. Implica la recopilación y archivo de expedientes médicos y de historias clínicas de pacientes, así como la organización y clasificación de la documentación médica para facilitar el acceso y la búsqueda. Además, se requiere la constante actualización de registros con información médica nueva, como diagnósticos, tratamientos y resultados de pruebas. Es esencial verificar la integridad y la exactitud de la información registrada en las historias clínicas para garantizar una atención médica precisa y segura (2).

Sin embargo, este proceso va más allá de la mera administración de documentos. También implica el estricto cumplimiento de regulaciones de privacidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en Estados Unidos o regulaciones equivalentes en otros países. Esto significa establecer y aplicar políticas y procedimientos de seguridad de datos para proteger la confidencialidad de la información médica del paciente. Se debe entrenar al personal médico y administrativo en la importancia de la privacidad de la información y las sanciones por incumplimiento. Además, se debe colaborar estrechamente con el oficial de privacidad del hospital para investigar y responder a posibles violaciones de datos (3).

La recepción y coordinación de pacientes también es una parte esencial del trabajo del auxiliar administrativo en un hospital. Esto implica recibir a los pacientes y registrar información básica en el sistema del hospital, así como coordinar citas médicas y hacer un seguimiento de las agendas médicas. Facilitar la comunicación entre los pacientes y el personal médico o de enfermería es crucial para garantizar una atención eficiente y efectiva.

La facturación y el procesamiento de seguros son aspectos delicados de la administración hospitalaria. Los auxiliares administrativos ayudan en la preparación y envío de facturas médicas a compañías de seguros y pacientes. También verifican

la elegibilidad del seguro y obtienen autorizaciones previas para procedimientos médicos si es necesario. Resolver disputas y aclarar cuestiones relacionadas con la facturación contribuye a mantener una relación armoniosa entre el hospital y sus pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en un hospital desempeña una función esencial en el manejo de historias clínicas y el cumplimiento de regulaciones de privacidad. Sus responsabilidades abarcan desde la organización y actualización de expedientes médicos hasta la atención al cliente y la coordinación de procesos administrativos.

La importancia de estas funciones radica en la protección de la privacidad del paciente, el cumplimiento de las normativas legales, la mejora de la calidad de la atención médica y la eficiencia operativa del hospital. Un manejo adecuado de las historias clínicas y el respeto de las regulaciones de privacidad son fundamentales para mantener la confianza de los pacientes y garantizar una atención médica ética, segura y de alta calidad en el entorno hospitalario.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/responsabilidad-auxiliar-administrativo-historia-clinica/
2. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/.
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-historia-clinica/.

## Capítulo 386

# PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO LABORAL

LETICIA MOSQUERA SUAREZ

## 1 Introducción

La violencia es el uso intencional de la fuerza física o el poder a una persona o a un grupo en el que hay un daño psicológico, lesiones o hasta la muerte.
Hay tres tipos de violencia en el trabajo y son las siguientes:
• Violencia de tipo I: Los agresores realizan conductas de violencia con personas con las que no tienen una relación profesional o de trato.
• Violencia de tipo II: Los agresores tienen una relación profesional con la víctima.
• Violencia de tipo III: El agresor tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador del lugar en el que trabaja.
Se consideran conductas que pueden generar riesgo y daño a la salud las que se enumeran a continuación:
• Conductas de violencia física: El agresor utiliza la fuerza física sobre el trabajador o causa daños en el mobiliario del centro de trabajo.
• Conductas de violencia psicológica: En las que el agresor trata de intimidar, amenazar y humillar a la persona en el lugar de trabajo.
Los distintos tipos de acoso son los siguientes:
• Acoso Laboral o Acoso Psicológico en el Trabajo: El acosador usa un comportamiento repetido hacia la víctima y le puede provocar daños para su salud. Un ejemplo de ello sería que en el trabajo siempre humillaran o discriminaran a un trabajador.

• Acoso discriminatorio: El acosador tiene conductas de discriminación con otros trabajadores del ámbito sanitario, por su edad, sexo, su país de procedencia o por las ideologías políticas que tenga, por ejemplo.
• Acoso sexual: El acosador tiene comportamientos de naturaleza sexual que van en contra de la dignidad de la persona.

## 2 Objetivos

• Informar y formar sobre la violencia laboral
• Conocer las formas en las que se puede prevenir la violencia 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

Los factores que favorecen la violencia laboral en el trabajo son las siguientes:
• Las empresas no invierten en formación sobre la prevención de la violencia en el trabajo y no disponen de sanciones con las que evitar que se produzcan este tipo de situaciones.
• Los trabajadores se sienten inseguros porque la otra persona es reconocida por sus compañeros por ser amable o ayudar a las personas y el acosador intenta humillar a esa persona para que cambie su actitud y su autoestima baje.
• No hay sesiones semanales en las que se reúnan tanto los responsables del servicio como los trabajadores para hablar de cómo pueden mejorar algunos aspectos respecto al desarrollo de las labores del puesto de trabajo, para que se sientan valorados en la empresa o cómo fomentar la comunicación y el trabajo en equipo en el centro de trabajo para que no se produzcan situaciones de violencia en el trabajo.
Los trabajadores al decidir si van a quedarse a trabajar en una empresa u otra valoran más el ambiente laboral que hay entre los compañeros de trabajo y entre los responsables del entorno laboral más que el salario que van a recibir por

realizar las funciones de su puesto de trabajo. Por este motivo, los responsables del servicio sanitario deberían implantar formaciones o talleres en los que se explique qué es la violencia laboral, las maneras en las que se puede prevenir, cuáles serían los castigos de realizar continuamente comportamientos en los que se humilla, desprecia o amenaza a una persona en el trabajo e incentivar a los trabajadores a que denuncien este tipo de situaciones de forma anónima para que los compañeros no tengan represalias con esa persona.

## 5 Discusión-Conclusión

Las personas que son víctimas de acoso laboral en el trabajo sufren tanto daños físicos como psicológicos, ya que el acosador puede agredir físicamente a una persona o puede humillarla, hacerla sentir que es inferior a los demás, amenazarla o discriminarla por razón de sexo, edad o por las ideas políticas o religiosas que pueda tener.
Ante estas situaciones, las personas responsables del hospital o del centro de salud deberían de dar a los trabajadores la formación y las herramientas necesarias para prevenir estos sucesos. También, deberían de intentar animar a los profesionales a que denuncien este tipo de casos sin temor a que sean juzgados por otras personas.

## 6 Bibliografía

1.- https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/violencia-en-el-trabajo

## Capítulo 387

# INTERVENCIÓN EN CRISIS SUICIDAS

SANDRA RODRÍGUEZ VALDES

SILVIA FERNANDEZ CANO

## 1 Introducción

El suicidio es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada.
El suicidio se debe a múltiples causas, aunque siempre se atribuye a un hecho puntual que desencadena el acontecimiento, y esto es erróneo.
No todos los suicidas tienen una enfermedad mental, ni todos los enfermos mentales se suicidan, creer esto es un error que cometemos con mucha frecuencia.
El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal.
En Asturias el suicidio es la primera causa de muerte y es un problema de salud pública, ya que hay que tener en cuenta que muchos suicidios figuran como causa de muerte, otro tipo de accidentes como accidente de tráfico, etc. que enmascaran la realidad.
Hasta el día de hoy se mantiene la idea de que el suicidio es un delito en muchos países y no se habla claro sobre ello, ya que persiste la idea de que hablar puede incitar a esas personas al suicidio, idea totalmente errónea.
La gente se suicida cuando no puede más con su sufrimiento, no porque sea valiente, los suicidios son responsabilidad de todos, pero no culpa de nadie.
Por este motivo es tan importante hablar claro sobre el suicidio sin tabúes ni eufemismos.

## 2 Objetivos

Establecer unos factores de riesgo para evaluar el riesgo real ante determinadas situaciones en crisis suicidas.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los factores de riesgo del suicidio son los siguientes:
Intentos previos; trastorno mental; ser varón; desesperanza; ausencia de apoyo social; presencia de ideación suicida (cada suicidio consumado requiere de media 20 intentos previos); enfermedad física, dolor, discapacidad; historial familiar de suicidio; encarcelamiento o institucionalización; fácil acceso a medios (armas, medicamentos, tóxicos, …)
Es muy importante establecer las señales de alarma:
Ante la aparición de estas señales, preguntar siempre a la persona, tratar de que se sienta cómodo hablando y que exprese sus sentimientos, emociones, miedos, procurando que se desahogue.
Manifestaciones como:
-Soy una carga, no valgo para nada, no puedo más.
-Cambios bruscos de humor por algún hecho traumático, (viudez, sobre todo en varones).
-Bajones o alegrías injustificadas, ya que puede tener elegido el método de suicidio.
-Cambios de hábitos.
-Perdida de sueño.
-Falta de aseo.
-Aislamiento social y familiar.
-Indiferencia a elogios.
-Gasto injustificado o desproporcionado de dinero.
-Autocrítica autohumillación.

-Agravamiento de síntomas de patologías base.
-Consumo de sustancias.
- Conductas de riesgo.

Establecer unas conductas de cierre:

Regalar las cosas de valor; encargar mascotas a terceras personas, visitar a familiares con los que no se suele tener contacto; muestras de afecto efusivas; hacer las paces con el entorno; notas de despedida o de culpa; cierre de redes sociales y mensajes tristes… Una vez que tenemos identificado a esta persona suicida a la que no le resulta fácil pedir ayuda por vergüenza, por frustración, debemos seguir unas pautas básicas:

Evaluar el nivel de riesgo:

-No negar que tiene esa intención y preguntarle sobre qué piensa hacer, cómo pretende llevarlo a cabo, cuando… si ha tomado medidas para que no le localicen.
- Ganar tiempo, tratar de que aplace su decisión, intentando hacerle ver que siempre le cabe esa la posibilidad, que hay que tratar de buscar otras alternativas o soluciones al problema, no tener prisa y tratar de facilitar el desahogo.
-Escuchar, validar y normalizar el sufrimiento de esa persona.
-Evitar el rol de experto, acompañar para que se desahogue, no dar lecciones ni comparar problemas personales, …
-Averiguar se hay un hecho precipitante y desde cuando tiene esas ideas.
-Aclarar si tiene ideas de suicidio sin rodeos, ni eufemismos.
-Mostrar impacto ante el sufrimiento, buscar puntos de anclaje, evaluar apoyos sociales y reales.

Validar el reconocimiento al sufrimiento de las personas, no validar el suicidio como solución, que sienta que nos importa.

En nuestra intervención debemos seguir una serie de pautas:

Trataremos de aplazar la decisión, no quitarle la idea, ni juzgarle, ni dar consejos, o comparar. No dejar a la persona sola, entre su confianza y su vida, nos quedamos con su vida.

No hacemos promesas que no podamos cumplir, no tener prisa en resolver la situación, averiguar si hay intentos previos, si ha tomado medidas para evitar ser encontrado, hacer que verbalice su intención, averiguar si dispone de método.

Sembrar la ambivalencia, que te ha impedido hacerlo hasta ahora, puede que haya otra forma de solucionarlo, estás seguro de que no vas a sufrir o conseguir más sufrimiento y que este proceso puede ser muy lento y doloroso.

Buscar puntos de anclaje: por quién vale la pena vivir, o quién crees que te encontrará, qué pasará con tus mascotas…

## 5 Discusión-Conclusión

Es necesario hacer campañas de prevención del suicidio desde la edad escolar y los centros educativos, así como campañas de prevención e información en los medios de comunicación para concienciar de este problema, no por hablar del suicidio se incita al mismo.
También es necesario proporcionar una formación especializada para los profesionales que van a intervenir en estos procesos tanto a nivel preventivo, durante el hecho y una vez consumado, tanto con la persona con ideas suicidas, sus familiares y las personas que intervienen en este tipo de situaciones, ya sean personal sanitario, no sanitario, fuerzas de orden público, bomberos, etc.
Nunca subestimar a esa persona, no son llamadas de atención, las personas con tendencia suicida acuden casi un 75 % a su MAP en los últimos 3 meses y un 18% acude ese mismo día.
Implantar barreras físicas en lugares donde se producen suicidios con cierta frecuencia, como en puentes, edificios, etc., y que la población sea consciente que hay teléfonos de ayuda como el 024, o el 112.

## 6 Bibliografía

http:77dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.nl.v2.298 https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/09/10/6137448f21efa0d2618b45a1.html
https://psicologosprincesa81.com/blog/procedimiento-intervencion-conducta-suicida/
https://www.elmundo.es/podcasts/2023/09/10/64fb005421efa0d1718b4591.html

## Capítulo 388

# LA INFORMATIZACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS TAREAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

## 1 Introducción

Una herramienta que mejora la experiencia del paciente es la historia clínica informatizada. Aunque siempre existen ventajas y desventajas con las nuevas tecnologías, es fundamental prestar atención a la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la privacidad.
La tecnología, por ejemplo, permite una mejor comunicación entre pacientes, y otro tipo de personal médico y no médico.
También permite una comunicación más rápida y eficaz entre pacientes y distintos profesionales.

En la década de 1990 se inició la informatización de los registros médicos. Actualmente, muchos hospitales dan un gran valor a esta tecnología para prestar

atención médica. Esto se aplica a todos los miembros del equipo de la del ámbito sanitario, incluido el personal sanitario y no sanitario.
Para maximizar esta nueva modalidad y seguir brindando un mejor servicio, el trabajo del equipo administrativo es crucial. Pero el uso de la tecnología en la práctica médica asistida ha cambiado recientemente, enfatizando el uso de la información disponible en los entornos médico y sanitario.
Según distintos estudios consultados, un gran número de pacientes agradecería que les recordaran cuando tienen que tomar los medicamentos recetados, realizar los ejercicios de rehabilitación, las citas programadas. Usar herramientas de última tecnología, basadas en datos e información escrita por el médico mejoraría la precisión, el acceso a los servicios médicos y la sensación del paciente con respecto a la atención recibida.

## 2 Objetivos

Enumerar las ventajas de la comunicación entre médico y paciente con el uso de las nuevas tecnologías en el ámbito 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: iic.uam.es/lasalud, computerworld.es/entrevistas, hacienda.gob.es, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

## 4 Resultados

Como resultado de la digitalización informática se han logrado los siguientes objetivos: El sistema de registro electrónico, se utiliza para presentar solicitudes, enviar mensajes de texto siempre de forma voluntaria
De acuerdo a lo establecido en diversas leyes y reglamentos aplicables, la oficina de asistencia procesa y presenta los documentos que deben ser presentados personalmente ante la administración pública de manera digital; Luego, la documentación original se devuelve a las partes que la solicitaron, eliminando la necesidad de archivarla.

Cada administración deberá contar con un Registro Electrónico General donde se realizará el asiento correspondiente a cualquier documento presentado o recibido en cualquier órgano administrativo, entidad pública o entidad vinculada o dependiente. Los documentos podrán presentarse a través del registro electrónico todos los días del año durante veinticuatro horas.
A efectos del cómputo de los plazos, la fecha y hora oficial de la oficina de acceso electrónico regirán el registro electrónico de cada Administración u Organismo.
Las recetas electrónicas, las alertas médicas y el establecimiento de indicadores clínicos son algunos de los avances tecnológicos que se prevé ayudarán a reducir aún más los errores de medicación y mejorar significativamente la seguridad del paciente.
Se deberán utilizar las mejores herramientas disponibles y ampliar el alcance de nuestros servicios profesionales de atención sanitaria.
Para facilitar el trabajo, es fundamental integrar este tipo de soluciones con las aplicaciones de usuario. También debe aumentarse la facilidad con la que los ciudadanos pueden utilizar estas herramientas.
En los últimos meses se han utilizado llamadas telefónicas y mensajes de texto porque uno de los problemas que tienen es que la mayoría de los los pacientes son mayores y se ven más vulnerables en su uso de la tecnología.
La generación más joven tiene una mayor necesidad de una resolución inmediata y sólo busca consejo cuando es absolutamente necesario.

Todas estas tecnologías pueden ayudar a reducir los costos de infraestructura y aliviar el colapso actual de la sanidad

## 5 Discusión-Conclusión

Se concluye este capítulo, resaltando que en los últimos tiempos, el acceso a Internet y a las redes sociales ha ayudado a que los pacientes tengan una mayor información de las patologías médicas. Esto pude suponer un problema, ya que puede interferir en la aceptación por parte del paciente del pronóstico dando por su médico.
Los pacientes ahora describen sus síntomas y esperan un diagnóstico médico comparativo cuando visitan al médico. Han estado consultado información de forma minuciosa sobre sus síntomas en internet antes de dirigirse a la consulta médica.
Algunas personas con enfermedades raras pueden incluso tener haber recabado más conocimientos sobre su enfermedad que algunos médicos a los que consulten

con posterioridad.

## 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-manejo-aplicaciones-informaticas/-
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 389

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS TAREAS EN EL SERVICIO DE BOLSA DE TRABAJO DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

## 1 Introducción

La Administración pública usa las bolsas de trabajo como herramienta para realizar la selección de personal funcionario y laboral de sustitución. La escala, cuerpo, especialidad y categoría profesional sirven para formalizarlo.
La normativa actual al respecto dice, en uno de sus artículos de manera textual " La gestión de las bolsa de trabajo correspondientes a puestos comunes a toda la Administración, competerá a la Dirección General competente en materia de función pública, y la de las configuradas para el desempeño de puestos que total o mayoritariamente estén adscritos a una Consejería u Organismo Autónomo, corresponderá al órgano competente en materia de personal de cada uno de ellos"

Una posible definición de bolsa de trabajo pudiera ser: Sistema para cubrir vacantes en empresas tanto públicas como privadas, según un orden de preferencia previamente definido por parámetros objetivos y normalmente negociado colectivamente.
Los aspirantes del conjunto de candidatos seleccionados a través del sistema general de libre acceso y del sistema de acceso para personas con discapacidad son aquellos que se han presentado a las correspondientes ofertas de empleo público, conocidas comúnmente como oposiciones
Los auxiliares administrativos del servicio de admisión de la bolsa de trabajo trabajan en los hospitales de la correspondiente comunidad autónoma, así como en los edificios de Atención Especializada, y deben tener una gran eficacia y eficiencia para el cumplimiento de sus tareas.
Cabe destacar la necesidad de la máxima discreción, responsabilidad y confidencialidad en el desarrollo de sus funciones por parte de estos profesionales, en el desempeño de sus funciones, ya que manejan datos especialmente sensibles, confidenciales y con un alto nivel de protección, como por ejemplo datos personales de los candidatos que obran en su poder, incluyendo direcciones, teléfonos, titulación, declaraciones de discapacidad, DNI, etc., siendo responsables del tratamiento que lleven a cabo así como de los datos y documentación que manejen.

## 2 Objetivos

Explicar las variadas funciones llevadas a cabo en el departamento de bolsa de trabajo de los centros sanitarios, habitualmente los hospitales.

## 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

Las bolsas de trabajo cubren temporalmente las necesidades de personal por ausencias por enfermedad, vacaciones del personal fijo
Se detallarán y analizarán las responsabilidades del auxiliar administrativo que realiza su trabajo en el departamento de admisión a la bolsa de trabajo con la información recopilada durante la preparación de este capítulo.
- La comprobación de la documentación recibida. Además de comprobar que la documentación recibida es auténtica, también debe ser válida y corresponder a la categoría que haya especificado el candidato al registrarse en la bolsa.
- El envío, atención y recepción de candidatos para su inscripción en bolsa de trabajo de forma presencial, telefónica o vía correo electrónico. El auxiliar administrativo que trabaja en el departamento de bolsa de trabajo debe tener una personalidad comprensiva, escuchar activamente, ser capaz de resolver problemas y conflictos, y ser capaz de tomar decisiones con cierta autonomía ante posibles desafíos.
- El registro y archivo de documentos. Los trámites deben registrarse y luego archivarse de acuerdo con las políticas y normativa del departamento, respetando siempre los derechos de los solicitantes de un puesto de trabajo en particular. Dependiendo de si un candidato se ha registrado previamente o no, si se abren nuevos archivos para candidatos que no se han registrado anteriormente o si se agrega información a los archivos de candidatos que ya están
- El análisis documental. En función de las directrices y requisitos del Pacto, así como de los puntos asignados por formación académica, formación continua, prestación de servicios, docencia o investigación, etc.

La experiencia en el uso y manejo rápido de los programas y aplicaciones informáticas que utiliza el departamento para el registro de datos. Para que este profesional pueda desempeñar adecuadamente sus funciones, necesitará someterse a una formación continua y a un proceso de reciclaje para mantenerse lo más actualizado posible.
En este sentido, cabe destacar que la administración pone a disposición de sus empleados en activo oportunidades de formación continua y gratuita con la posibilidad de acumular puntos por formación bursátil continua.

# 5 Discusión-Conclusión

Procederemos a la conclusión de este capítulo de investigación, diciendo que, dado las especiales características del puesto de trabajo de auxiliar administrativo

en el departamento de admisión de bolsa de trabajo, este profesional deberá:

- Conocer y observar la normativa vigente que regula su puesto de trabajo, con especial atención a la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, dado que maneja datos especialmente sensibles, como son los datos personales de los candidatos, con un alto nivel de protección.
- Asegurarse de que datos que incorpore al sistema, sean veraces, exactos y actualizados
- Recibir formación específica al puesto de trabajo continua y suficiente, así como su periódico programa de reciclaje
- Tener carácter empático y practicar la escucha activa, a la hora de la recepción de candidatos, ya sea personalmente en las instalaciones donde desarrolle sus funciones, como de manera telemática.

## 6 Bibliografía

https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario

## Capítulo 390

# EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

## 1 Introducción

El sistema de salud español garantiza atención médica universal financiada mediante impuestos y respaldada por un equipo diverso de profesionales, entre los que se encuentran los celadores. Este sistema se estructura en dos niveles esenciales: atención primaria y especializada.

La atención primaria, como primer punto de contacto, ofrece cuidados integrales y continuos a lo largo de la vida del paciente, incluyendo actividades de promoción de la salud, rehabilitación, educación sanitaria y trabajo social. Los servicios se brindan tanto de manera programada como urgente, en el centro de salud o en el domicilio del paciente.

En contraste, la atención especializada comprende todos los servicios médicos que requieren la intervención de especialistas y tiene lugar en hospitales, consultas externas y hospitales de día.

Las urgencias son situaciones no críticas que demandan atención inmediata, mientras que las emergencias son situaciones en la que se ponen en peligro la vida del paciente y requieren de una atención médica inmediata. Al servicio de urgencias se puede acceder de diferentes formas, ya sea mediante derivación del médico de atención primaria, a través de la línea de emergencia 112, por decisión propia o por solicitud de sus familiares. Una vez que el paciente llega al servicio, debe registrar sus datos en el área de admisión y posteriormente es sometido a una evaluación en la sala de triaje a cargo del personal de enfermería. En este proceso, se determina la gravedad de su condición médica y se establece la prioridad para recibir atención.

## 2 Objetivos

Realizar una evaluación exhaustiva de las diversas funciones y responsabilidades desempeñadas por los celadores dentro del servicio de urgencias hospitalaria.

## 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”; ”emergencies” y ”functions”. Además, se incluyeron en el análisis, investigaciones y estudios recientes.

## 4 Resultados

En el contexto de las urgencias hospitalarias, la figura del celador juega un papel esencial, desempeñando funciones fundamentales para garantizar una atención de calidad.

En primer lugar, el celador recibe a los pacientes en la puerta del servicio de urgencias y les proporciona orientación directa hacia la zona de admisión o el área de triaje, dependiendo de la situación. Si el estado del paciente lo requiere, el celador también asiste en su desplazamiento, utilizando camillas, sillas de ruedas o ayudándolos a caminar

Una de las tareas fundamentales que el celador debe hacer en el servicio de urgencias es mantener un suministro constante de sillas de ruedas y camillas en la entrada. Esto asegura que los pacientes que las necesiten tengan acceso rápido

a estos dispositivos de movilidad, lo que es particularmente importante en situaciones de emergencia.
Además de recibir y guiar a los pacientes, los celadores también desempeñan un rol de control en la entrada del servicio de urgencias. Supervisan el flujo de pacientes y permiten la entrada solo a personas autorizadas, evitando la confusión y garantizando el funcionamiento eficiente del servicio. Esto incluye la gestión de familiares y visitantes, asegurándose de que permanezcan en áreas designadas, como las salas de espera.
La colaboración activa con el personal sanitario es otra tarea esencial de la labor del celador en urgencias. Están disponibles para asistir en tareas como movilizar a los pacientes, ajustar las camillas o proporcionar apoyo logístico del material médico cuando se lo requieran. Esta asistencia contribuye a agilizar los procedimientos médicos y garantiza la comodidad y seguridad de los pacientes.
Por último, una vez que se decide que un paciente necesita pruebas diagnósticas adicionales, atención especializada o incluso cirugía después de la primera evaluación en el servicio de urgencias, es responsabilidad del celador asegurar un traslado sin complicaciones al llevar al paciente a la ubicación correspondiente dentro del hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan un papel de vital importancia en el contexto de los servicios de urgencias hospitalarias. Su labor abarca desde recibir y orientar a los pacientes hasta mantener un flujo ordenado en la entrada y proporcionar apoyo logístico al personal sanitario. La capacidad de estos profesionales para movilizar pacientes de manera segura y su habilidad para preservar la confidencialidad de la información médica son aspectos cruciales de su trabajo. En última instancia, su contribución es fundamental para garantizar una atención médica eficiente, compasiva y coordinada en momentos críticos, mejorando significativamente la experiencia de los pacientes en situaciones de urgencia.

## 6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Real Decreto 594/2015, de 3 de julio, por el que se regula el procedimiento de registro y resolución de autorizaciones y registros de productos y servicios sanitarios. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-7585.

2. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2017). Guía de triaje en urgencias hospitalarias. https://semes.org/urgencias-y-servicios/guia-triaje-en-urgencias-hospitalarias/.

## Capítulo 391

# EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS FARMACIAS HOSPITALARIAS

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

## 1 Introducción

En las farmacias de los hospitales, el titular y responsable será un farmacéutico especializado en farmacia hospitalaria. Todos los hospitales deben contar con un servicio de farmacia hospitalaria que cumpla con las normativas establecidas. Los hospitales que opten por no tener servicios farmacéuticos pueden solicitar una autorización de las Comunidades Autónomas para mantener un almacén de medicamentos, siempre bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Estos almacenes deben seguir reglas y requisitos establecidos por la autoridad sanitaria competente. La cantidad de farmacéuticos requeridos dependerá de las regulaciones, así como del tamaño, tipo de hospital y actividades.
La fundamental responsabilidad de proteger, mantener en óptimas condiciones y suministrar medicamentos para el uso humano recae tanto en las farmacias de acceso público que cuenten con la debida autorización legal como en los servicios de farmacia presentes en hospitales, centros de salud. Estos últimos están

obligados a cumplir rigurosamente con las disposiciones legales y regulaciones pertinentes.
En el ámbito de las farmacias hospitalarias, además del farmacéutico principal a cargo, colaboran un equipo multidisciplinario que incluye auxiliares de farmacia, celadores, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal administrativo, entre otros profesionales. Cada uno desempeña un papel esencial en la gestión, distribución y control de los recursos farmacéuticos, asegurando así una atención integral y segura a los pacientes en el entorno hospitalario.

## 2 Objetivos

Evaluar las actuaciones llevadas a cabo por los celadores en la farmacia hospitalaria es fundamental para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro.

## 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”; ”pharmacy” y ”functions”. Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

## 4 Resultados

Para comprender de manera integral las funciones del celador de farmacia, es esencial primero abordar las responsabilidades centrales de la farmacia en el ámbito hospitalario. La farmacia en un hospital asume un papel esencial al garantizar la disponibilidad, calidad y distribución adecuada de medicamentos, tanto para las necesidades internas de la institución como para tratamientos que requieren atención fuera del hospital, siempre con un enfoque técnico riguroso.
En cuanto a las actuaciones desempeñadas por el celador en la farmacia hospitalaria, estas ocupan un lugar importante en la cadena de suministro y funcionamiento de la farmacia hospitalaria. Los celadores desempeñan un papel fundamental al recibir y verificar la correcta llegada de los suministros, incluyendo medicamentos y otros materiales farmacéuticos. Asimismo, son responsables de movilizar elementos pesados, facilitando el flujo de mercancía en la farmacia.

Además de esto, se encargan del transporte y la ubicación precisa de los materiales en su lugar correspondiente, asegurando una disposición eficiente. Su labor abarca también el acondicionamiento y dispensación de sueros y alcohol, contribuyendo a la disponibilidad de estos insumos esenciales en el hospital. Además, los celadores se encargan de llevar la medicación a las diferentes unidades hospitalarias, asegurando una distribución oportuna. También son responsables del traslado de productos desde otras áreas del hospital hacia la farmacia, incluyendo sobrantes de medicamentos. Adicionalmente, participan en la preparación de soluciones alcohólicas y tienen la importante tarea de custodiar la farmacia, garantizando su seguridad en todo momento. Los celadores aportan su ayuda en la realización de inventarios farmacéuticos, un aspecto esencial para el control de existencias y la gestión de suministros. Además, están siempre disponibles y dispuestos a colaborar con el equipo de trabajo de la farmacia en cualquier momento que se les requiera, manteniéndose accesibles y localizables constantemente para garantizar un funcionamiento fluido y eficiente de este vital servicio en el entorno hospitalario.

## 5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan un papel esencial en el funcionamiento eficiente de las farmacias hospitalarias. Su labor abarca desde la recepción y verificación de suministros hasta la custodia de medicamentos y la colaboración constante con el equipo farmacéutico. La importancia de su rol radica en su contribución a la cadena de suministro de medicamentos y productos farmacéuticos, garantizando que estos lleguen de manera precisa y oportuna a las unidades hospitalarias, lo que, a su vez, respalda el tratamiento adecuado de los pacientes y la seguridad en la administración de medicamentos. Además, su participación en tareas como la preparación de soluciones alcohólicas y la colaboración en inventarios contribuye a mantener el flujo de trabajo y la disponibilidad de recursos farmacéuticos.

## 6 Bibliografía

1. American Society of Health-System Pharmacists. (2019). ASHP guidelines on the pharmacy technician's role in pharmacy informatics. American Journal of Health-System Pharmacy, 76(20), 1617-1632.
2. Pereira, F. B., & Berenguer, B. (2018). The clinical pharmacist in the hospital. Clinical Pharmacology in Drug Development, 7(5), 492-493.

## Capítulo 392

# EL PAPEL DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

MARTA RODRÍGUEZ CORROCHANO

MARIA ISABEL BARRIONUEVO JURADO

MARÍA DEL PRADO MORALEDA RUEDAS

MARIA DEL MAR DEL POZO COBO

MANUEL LÓPEZ TROYANO

## 1 Introducción

Un quirófano es un espacio crítico en una instalación de atención médica, destinado a llevar a cabo procedimientos quirúrgicos, administración de anestesia y cuidados de reanimación. La prioridad principal en este entorno es brindar tratamiento a los pacientes con el más alto nivel de profesionalismo, eficacia y respeto, con el objetivo de satisfacer sus necesidades y mejorar su salud.
Las cirugías que tienen lugar en un quirófano se pueden clasificar en dos categorías según su urgencia. En primer lugar, están las cirugías urgentes, que son esenciales en un corto período de tiempo para preservar la vida o restablecer la salud del paciente. Pudiéndose ser de urgencia mediata, requerir atención en un plazo máximo de 24-30 horas, o de urgencia inmediata, como en casos de hemorragias internas que amenazan la vida. Por otro lado, las cirugías programadas son aquellas en las que el usuario necesita intervención, pero no en una situación de emergencia, y se pueden planificar con anticipación.

Los quirófanos cuentan con características específicas que garantizan un entorno seguro y efectivo para la cirugía. Esto incluye la construcción de techos, paredes y suelos con materiales no porosos de fácil limpieza, con paredes y suelos antiestáticos y esquinas redondeadas. La altura del techo y la disposición del espacio se ajustan a estándares específicos, y el flujo de personal está cuidadosamente controlado. Además, se presta especial atención a la calidad del aire, la iluminación y la insonorización para crear un ambiente ideal para la cirugía. Todos estos elementos se combinan para garantizar la seguridad y el éxito de los procedimientos quirúrgicos en el quirófano.

## 2 Objetivos

- Describir las responsabilidades y tareas desempeñadas por los celadores en el ámbito del quirófano.

## 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 ”operating room”. Además, se incluyeron en el análisis investigaciones y estudios recientes.

## 4 Resultados

Los celadores en el quirófano desempeñan un rol multifacético y esencial para garantizar el correcto desarrollo de las intervenciones quirúrgicas y la seguridad de los pacientes. Sus funciones abarcan una serie de tareas vitales que contribuyen significativamente al funcionamiento eficiente de este ambiente médico crítico.
Una de las tareas primordiales de los celadores es el traslado de pacientes, especialmente en situaciones de urgencia. Esto conlleva la tarea de desplazar a los pacientes desde sus habitaciones en el área de hospitalización o desde el servicio de emergencias hasta la sala de quirófano. En el caso de pacientes que tienen una cama asignada, los celadores se encargan de recogerla en el área de hospitalización y llevarla al área de cirugía, asistiendo en el proceso de traslado y

asegurándose de recoger la documentación de ingreso y los objetos personales del paciente, en caso de que no sean entregados a sus familiares.
Además del traslado de pacientes, los celadores participan activamente en la preparación de la mesa de operaciones, asegurándose de que esté equipada y dispuesta adecuadamente para la cirugía. También son responsables del transporte de documentos y equipos necesarios en el quirófano, colaborando en la logística esencial para llevar a cabo las intervenciones con éxito.
La vigilancia del acceso a la zona quirúrgica es otra función esencial que desempeñan los celadores. Se encargan de garantizar que solo el personal autorizado pueda ingresar al área quirúrgica, manteniendo así los estándares de esterilidad y seguridad.
El mantenimiento del orden en almacenes y camillas es otra responsabilidad importante de los celadores. Esto implica asegurarse de que los suministros estén organizados y disponibles cuando se necesiten, contribuyendo a una fluidez sin contratiempos durante las cirugías.
Finalmente, al concluir la jornada quirúrgica, los celadores son responsables de revisar y asegurarse de que los quirófanos queden en perfectas condiciones para su próximo uso. Esta labor incluye verificar que todo esté en su lugar y en adecuado estado, contribuyendo a mantener un ambiente de trabajo limpio y organizado.

## 5 Discusión-Conclusión

Los celadores en el área de quirófano desempeñan un papel esencial para garantizar el éxito de las intervenciones quirúrgicas y la seguridad de los pacientes. Su labor abarca desde el traslado de pacientes en situaciones críticas hasta la preparación de la mesa de operaciones, la gestión logística y el mantenimiento de la esterilidad. Su presencia y coordinación eficiente contribuyen a un ambiente quirúrgico ordenado y seguro. Los celadores son eslabones vitales en el equipo médico que trabaja para ofrecer una atención de calidad. Su compromiso con el bienestar de los pacientes y la eficiencia en el quirófano es digno de reconocimiento.

## 6 Bibliografía

1. Salud, Ministerio de (2008). Manual de organización y funcionamiento de los quirófanos y salas de partos. Gobierno de España.

2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. (2007). Recomendaciones para la prevención de infecciones quirúrgica.

## Capítulo 393

# FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CENTROS DE SALUD

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

## 1 Introducción

La sanidad en España constituye uno de los pilares básicos y un derecho fundamental.
El trabajador social sanitario es el profesional que ejerce sus funciones dentro del equipo de trabajo del centro de salud y que trabaja de forma global el problema del paciente, estudiando los factores que lo rodean, a través de técnica y método (como la observación, la entrevista, trabajo de campo…), llegando a un diagnóstico y diseñando una intervención, teniendo en cuenta los factores sociales que rodean al paciente tanto a nivel individual, grupal y comunitario.
El trabajador social realiza funciones en los centros de salud para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diseñando programas y protocolos, para implementar a los pacientes, las familias, los grupos e incluso a nivel de la comunidad.
El trabajador social sanitario es una profesión donde sus habilidades sociales son especialmente importantes a la hora de ejercer su profesión y debe generar un

nivel de confianza suficiente para lograr la mayor información posible y poder realizar un análisis lo más preciso posible.
Su intervención, valoración y seguimiento se plasma en un informe social.
En su trabajo, la Ley de Protección de Datos es un aspecto muy importante que debe tener en cuenta este profesional.

## 2 Objetivos

Dar a conocer y comprender mejor las funciones que realizan los trabajadores sociales sanitarios en los centros de salud.

## 3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva de la bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

## 4 Resultados

Los Centros de Salud son los lugares donde acuden inicialmente los pacientes ante cualquier problema de salud. Allí ejercen sus funciones profesionales sanitarios y no sanitarios, donde el trabajo de equipo es fundamental para lograr una atención global del paciente.
Los trabajadores sociales realizan multitud de funciones.
- Funciones informativas, dando a conocer a los pacientes y familias recursos, así como ayudas a las que pueden acceder, dependiendo del tipo de problemática que presente.
- Funciones rehabilitadoras, ayudando en la recuperación de facultades dañadas que tenga el paciente.
- Funciones asistenciales, explicando recursos a los que pueden acceder que mejoran las condiciones de vida ante ciertas necesidades.
- Funciones preventivas, que evitan al máximo o al menos minimizan posibles problemas de salud. - Funciones de protección social ante problemas sociales, como maltrato infantil, violencia de género, abandono familiar, entre otros muchos.

El trabajador social en los centros de salud es el profesional que trabaja e investiga las carencias y necesidades que afectan a la salud y enfermedad por la que atraviesa el paciente, trabajando con los familiares y con la comunidad.
El trabajador social desde su ética profesional trabaja desde la prevención, promoción y curación.
El trabajador social debe estar formado para tratar cuestiones muy delicadas, por los que sus cualidades humanas, así como sus habilidades sociales son de gran influencia en su trabajo.
El conocimiento y dominio de los métodos y técnicas investigadoras aportan y ayudan a disponer de todos los datos de cada caso, para realizar un trabajo más optimo.
La formación continua, es también de gran ayuda en la actualidad puesto que estamos viviendo en una sociedad muy cambiante.
El trabajo interdisciplinar en los centros de salud permite obtener unos resultados mucho más efectivos, tanto a nivel individual como grupal.

## 5 Discusión-Conclusión

El Trabajo Social sanitario forma parte del equipo de trabajo de los centros de salud, permitiendo trabajar con los pacientes desde todos los puntos de vista para tratar la enfermedad, prevenirla o mejorar las condiciones de vida, tanto del paciente como de la familia o de su entorno.
Mediante el proceso metodológico en Trabajo Social, con conocimientos globales que estudian las variables del campo social, se interpretan los datos obtenidos, se consigue información, logrando diseñar un plan de trabajo con intervención y con el acceso a los recursos sociales.
Además de la atención a los pacientes, su colaboración en el equipo interdisciplinar es muy importante. Participa en trabajos de investigación y prevención, entre otros, diseñando programas, acciones, protocolos, colaborando en procesos de investigaciones, analizando factores psico-sociales que afectan a la salud o enfermedad de los individuos y comunidades, con la finalidad principal de promocionar d la salud y prevenir la enfermedad, en definitiva, mejorar la calidad de vida.

## 6 Bibliografía

1. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986.

2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 2003-10715.
3. Sánchez, M. (2006). Rincones, esquinas y vericuetos del Trabajo Social Sanitario, en Atención Primaria de Salud. Andalucía. Documentos de Trabajo Social. 38, 71-89.
4. Videgain, C. e Ituarte, A. (1995). El trabajador social en atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 3 (6), 382-451.

## Capítulo 394

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DOLORES MORENO MARTÍN

GEMA MARIA ROMERA VALLADOLID

JESSICA ISABEL MARTIN GONZALEZ

MARIA JESUS LOPEZ GARCIA

MARIA ANTIGUA SÁNCHEZ ELIZALDE

## 1 Introducción

Sin duda, el trabajo en equipo ofrece una nueva perspectiva sobre cómo los empleados, en este caso el auxiliar administrativo, se desempeñan e interactúan entre sí. Un miembro esencial del personal del hospital, a pesar de no recibir el respeto que merece, porque sin esta profesión sería imposible programar citas de pacientes, acortar listas de espera, realizar pedidos, pagar empleados, firmar contratos, llevar control de inventarios y realizar una serie de otras tareas que sólo puede realizar el auxiliar administrativo.

Las personas tienen necesidades y objetivos sociales que dependen de la ayuda de otros y de su capacidad para aumentar el empleo y la productividad. Por lo tanto, trabajar en equipo y en cadena es ventajoso para el personal y los pacientes en muchos sentidos, y no hay duda de que es ventajoso para la institución.

Para alcanzar las metas propuestas para un mejor funcionamiento y asegurar un mejor servicio al paciente, que es principalmente de lo que se trata, es importante que las personas se identifiquen con los objetivos del hospital, los intereses de la administración y los esfuerzos hacia un objetivo común. Un grupo de personas que han sido formalmente dispuestas a trabajar hacia un objetivo común se conoce como equipo de trabajo.

## 2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del trabajo en equipo en el ámbito sanitario para el auxiliar administrativo y enumerar las ventajas y desventajas.

## 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 en diferentes temarios de oposición.

## 4 Resultados

El resultado de un grupo de trabajo suele ser superior a los esfuerzos y habilidades individuales de sus miembros. Todo esto es posible gracias a habilidades organizativas efectivas, que hacen que el trabajo en equipo sea más productivo. Todos los miembros del grupo de trabajo comparten, comprenden y reconocen este objetivo. Un ejemplo muy claro podría ser el inventario del hospital, donde el número de existencias en el almacén y el stock registrado en los ordenadores son idénticos al final del año. Esto se puede lograr también realizando un conteo al final del año, sin embargo, lo ideal sería hacerlo diariamente y hacer coincidir las entradas con las salidas del material. Desafortunadamente, esto es imposible de lograr cuando existen numerosos servicios a los que distribuir stock y numerosos empleados trabajando. De ahí la importancia de un trabajo en equipo.
En un trabajo en equipo se pueden dar resultados positivos y resultado negativos:
1. Resultado negativos:
- Posibilidad de tomar decisiones más inciertas.

- Menos trabajo por parte de algunos componentes.
- Presión para ser uniformes y conformistas.
- La imposibilidad de llegar a acuerdos.
- Un compromiso de más tiempo.
- el predominio de los objetivos individuales sobre los colectivos.
- Los conflictos entre individuos e individualismo.

2- Resultados positivos.

- Tomar decisiones basadas en un mayor conocimiento.

-El diagnóstico y resolución de problemas.

- La originalidad y una mayor disposición a aceptar y participar en las decisiones.

-Posibilidad de disponer de una plantilla más adaptable.

- La mejora del aprendizaje individual a través del intercambio de información, puntos de vista y experiencias.
- La satisfacción de necesidades sociales.
- La mejora de las capacidades de comunicación, negociación y persuasión.
- La motivación por la perspectiva de hacer una contribución y ser escuchado.

## 5 Discusión-Conclusión

Uno de los requisitos para el trabajo profesional es la posibilidad del trabajo en equipo. Porque nos permite prestar atención, aceptar, apoyar y poner en práctica las opiniones de los demás, también nos permite convivir y sentirnos más cercanos a nuestros compañeros de trabajo. Además, el trabajo en equipo nos permite establecer objetivos que deben ser alcanzados por todos los miembros del equipo.

Sin embargo, debido a que la coordinación y asignación de tareas están interrelacionadas, así como el hecho de que ayudan a clarificar los objetivos, cada una de sus diversas funciones y responsabilidades son fundamentales. Sin embargo, para trabajar juntos hacia una meta, cada miembro del equipo aportará sus talentos y habilidades únicos.

También se deberá respetar y apoyar a tus compañeros, aceptar las opiniones de otras personas y hacer preguntas si es necesario. Nunca debemos perder de vista que nuestro objetivo es ofrecer soluciones rápidas y eficaces. Tratamos con pacientes, muchos de los cuales están enfermos y son ancianos, y cuanto más eficaces seamos, mejores resultados obtendremos.

# 6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/trabajo-en-equipo-auxiliar-administrativo-hospital/.

## Capítulo 395

# FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UVI) POLIVALENTE

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

## 1 Introducción

La UCI polivalente compone junto con la UCI pediátrica y la UCI coronaria, los servicios especiales del centro hospitalario, dedicada al cuidado de pacientes en estado crítico, de todas las especialidades, de ahí, su nombre. Estos pacientes son pacientes en fase terminal de oncología, grandes quemados, hasta su derivación a un centro especializado, accidentados graves, de automóvil o precipitados, pacientes covid en estado crítico, y cualesquiera otros que su estado de salud haga conveniente su ingreso en la misma.
La UCI polivalente está compuesta por un equipo de profesionales altamente cualificados en la atención de estos pacientes, intensivistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, que trabajan por conseguir el objetivo de la recuperación o

mejoría del paciente y sacarlos de su estado, en ocasiones vegetativo, crítico para su alta hospitalaria o el ingreso en las otras unidades hospitalarias del centro.
La UCI polivalente está organizada en boxes, numerados, donde existen algunos dedicados para los pacientes que tienen que ser aislados por el motivo de su patología. Estos boxes son cerrados y en cada uno de ellos, en la entrada, hay colocado un carro, carro de la medicación, con todo lo necesario para atender a cada uno de los pacientes.
Las visitas a los pacientes ingresados son programadas, existiendo un horario para realizarlas.

## 2 Objetivos

-Desarrollar las funciones que el celador realiza en la UCI polivalente.

## 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

Cada paciente ingresado en la UCI polivalente es atendido por un grupo de profesionales. Este grupo está compuesto por una enfermera, un auxiliar de enfermería, y el celador. Cada enfermera tiene a su cargo tres o cuatro paciente, así como, el auxiliar de enfermería, siendo el celador compartido para todo el servicio. En atención al volumen de la UCI, variará el número de profesionales, entre ellos el celador.
El celador de la UCI, debe permanecer en la UCI, en todo momento, salvo que haya salido de la misma, siguiendo las instrucciones del personal sanitario. Los aseos de los pacientes se realiza en el turno de la mañana, y el celador, junto con el resto del personal, lo ejecuta, yendo paciente por paciente. La movilización de estos pacientes debe ser sincronizada, porque portan muchos cables y aparatos, bombas, drenajes y vías. Hay pacientes que el aseo hay que realizarlo con la

movilización de la grúa mecánica, sobre todo, en aquellos cuya movilización haya que realizarla en bloque.
En un servicio donde el consumo de sueros, gasas, suapeles y otros artículos, el servicio de almacén del hospital suben diariamente las mercancías y elementos necesarios, cuya colocación en el almacén del servicio de UCI, corresponde al celador, ordenando y clasificando cada producto en su lugar.
Las pruebas diagnósticas en la UCI son realizadas por el celador, siempre acompañado del equipo profesional que atiende al paciente, incluso, del intensivista. Esto sucede en la realización, sobre todo, del TAC con perfusión, prueba que suele ser frecuente en los pacientes ingresados en el servicio.
El horario de visitas y familiares está programado a una hora concreta y dura media hora. El celador abre la puerta secundaria de la UCI, desde donde proviene a los familiares, de calzas, gorro, bata y guantes, para poder entrar en la misma. Los turnos son de quince minutos para dos familiares.

## 5 Discusión-Conclusión

Debido al servicio donde está destinado el celador, es un servicio especial, donde las circunstancias adversas, pueden aparecer en cualquier momento, parada cardiorrespiratoria del paciente, entrada en shock anafiláctico, etc…, el celador no puede abandonar nunca el servicio, en cualquier momento puede necesitarse su presencia, salvo haya salido de la unidad, siguiendo indicaciones del personal sanitario o médico.
En la movilización de los pacientes, habrá que mostrar especial interés, en todos los cables que el paciente lleva enganchados, sobre todo en el tubo de la respiración artificial y otros drenajes importantes, así como en las vías centrales, movilización que el celador tiene que realizar con total precaución y profesionalidad.

## 6 Bibliografía

1. Estructura y funcionamiento de UCI polivalente. Disponible en: https://www.chospab.es
2. El celador en la unidad de cuidados intensivos. Disponible en: https://revistamedicadeinvestigacion.com
3. El celador y sus funciones en la unidad de cuidados intensivos. Disponible en: https://revistamedicadeinvestigacion.com

## Capítulo 396

# FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE UROLOGÍA

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

## 1 Introducción

La especialidad médica de urología estudia el riñón y todos los sistemas que están relacionados con el mismo, como el aparato urinario y genital del hombre, así como en la mujer, las zonas del retro perineo, vejiga y suelo pélvico femenino. En el hombre estudia y diagnostica, además de las enfermedades del riñón, otras patologías o anomalías presentes en las glándulas suprarrenales, próstata, pene, testículos y escroto.
Estas enfermedades se pueden tratar quirúrgicamente, mediante técnicas avanzadas como la laparoscopia, o con métodos de radioterapia, como es el cáncer de próstata o de testículo. El especialista en esta disciplina es el urólogo, que estudia, diagnostica y trata todas las enfermedades afines a su especialidad.

La unidad de hospitalización de urología se encarga del internamiento de aquellos pacientes que presentan los cuadros clínicos de las enfermedades renales y de aquellos órganos relacionados con las mismas, en calidad de pacientes ingresados que atienden a cuidados y tratamientos específicos, que han sido intervenidos quirúrgicamente o que van a serlo próximamente, o a otros aquellos que se encuentran hospitalizados por algún tipo de dolencia referida a la especialidad.

## 2 Objetivos

-Describir las funciones que el celador realiza en la unidad de hospitalización de urología.

## 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

Los volantes de las peticiones de pruebas diagnósticas son colocados diariamente en la bandeja del celador todas las mañanas. En estos volantes aparece el nombre del paciente, el número de habitación que ocupa y el tipo de prueba que se tiene que realizar. El celador baja al paciente al tipo de prueba en cuestión, al servicio donde se practica la misma, puede ser una ecografía urológica o transrectal, una cistoscopia, una flujometría, un uro tac, una resonancia magnética o una biopsia. Para la mayoría de estas pruebas, el celador, baja al paciente al servicio de radiología, para tac, ecografía, y a la sala de las pruebas de urología, para la flujometría, la biopsia, etc.
El celador baja al paciente para la prueba de la biopsia en su cama, pues es la más invasiva de todas, y el paciente al regreso a su habitación puede marearse.
Aquellos pacientes que han sido intervenidos de un cáncer de próstata o testículo, tienen un tratamiento de quimioterapia, que se da en el hospital de día oncológico del centro hospitalario. El celador de la unidad, tras haber realizado todas las pruebas complementarias programadas de los pacientes, a fin, que salgan otras,

baja a los pacientes que tienen que darse los ciclos de medicación de quimio, generalmente, realizando el traslado en silla de ruedas.
Comienza el horario de visitas a media mañana de los especialistas de urología, y el celador, cierra las puertas de la unidad para que las visitas a los pacientes se realicen con total normalidad y entendimiento. Para ello ha despejado anteriormente las habitaciones de visitas y allegados, dejando, solamente, a un familiar por enfermo que lo acompañe.
En este horario, el celador vigilará, que las puertas de entrada a la unidad no sean abiertas y se introduzcan visitas y allegados, deseosos, de ver a su familiar ingresado. Una vez terminado la sesión de las visitas, el celador, realiza la apertura de los accesos, indicando, a familiares y visitas, que pueden entrar.
El celador de la unidad traslada todas las muestras biológicas al servicio de laboratorio, entregadas por la enfermera, junto con su volante correspondiente. No puede haber muestra biológica sin su correspondiente volante.
El celador colabora con el auxiliar de enfermería en toda demanda, dentro de sus funciones, que este le haga, como en la movilización de los enfermos, cambios posturales, transferencias, etc.
El celador de la unidad tiene la competencia para despejar los pasillos y las habitaciones, e incluso, de echare fuera de la unidad a cualquier persona que no siga sus indicaciones e informaciones, es su labor, y su responsabilidad de mantener la unidad libre de incidencias y altercados con las visitas.

## 5 Discusión-Conclusión

En la unidad de urología trabajan los urólogos, las enfermeras, los auxiliares de enfermería y los celadores, que componen el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios encargados de atender al paciente urológico. El celador de la unidad conoce sus funciones dentro de la unidad y marca los tiempos. Sabe que la realización de las pruebas complementarias es fundamental y tienen que efectuarse lo más rápidamente posible, ya que los resultados son esperados por los urólogos, que informarán de las mismas al paciente y familiares, en el tiempo de las visitas. Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en este servicio y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

## 6 Bibliografía

1. Anatomía patológica urológica. Disponible en: https://semg.info

2. Pruebas diagnósticas en urología. Disponible en: https://www.hcmarbella.com
3. Manual acogida celadores. Disponible en: https://sanjuan.san.gva.es

## Capítulo 397

# FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE CIRUGÍA GENERAL

JOSE VICENTE SANCHEZ LOPEZ

MIGUEL ANGEL CASERO MONTEALEGRE

ANA CANO PEÑA

JOSE GABRIEL CARRASCOSA RODRIGUEZ

DIANA MARIA QUERO PALOMINO

## 1 Introducción

Para el profano en la terminología sanitaria, el término cirugía puede ir asociado a diferentes adjetivos, digestiva, cardiaca, bariátrica, vascular, maxilofacial, pediátrica, etc., implicando cierta confusión o niebla mental en entender su significado. Por ello, en parte, se ha decidido realizar este trabajo, anexando el adjetivo de general, al término de cirugía.
Y no estaría en un error de comprensión, el profano, que entendiera la concepción de la terminología con los adjetivos descritos más arriba, cirugía digestiva, pues la cirugía del aparato digestivo, cirugía cardiaca, pues la cirugía del corazón, y así, con todos los adjetivos.
La descripción que se le daría al que no tiene esos conocimientos, sería que la cirugía general es aquella rama de la especialidad médica que se ocupa de todas

las enfermedades del aparato digestivo, del estómago, de hígado, de los intestinos, grueso y delgado, la vesícula y el colón, y del sistema y de las glándulas endocrinas, que necesitan de una intervención quirúrgica.
El especialista encargado de estas intervenciones quirúrgicas es el cirujano general, que se ocupa del paciente, durante la fase pre, intra y post de la operación.
En la unidad hospitalaria de cirugía general también laboran enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

## 2 Objetivos

-Desarrollar la colaboración y asistencia del celador al personal sanitario en la unidad de hospitalización de cirugía general.

## 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

La unidad de cirugía general no dista de ser, en cuanto a su estructura y protocolos de actuación, como las demás unidades del centro hospitalario. Su diferenciación está en la funcionalidad y a qué tipos de pacientes asiste, ya que en esta unidad, los pacientes, como se ha podido observar en la introducción, están aquejados de diversas clases de patologías correspondientes a algunas de las especialidades médicas que existen.
Sea cual fuere la causa del ingreso del paciente, al cual atiende el celador, informándole de las normas de la unidad y del uso y manejo de las distintos aparatos que existen en la habitación, su ingreso se debe a una intervención quirúrgica, y sus cuidados estarán relacionados con él antes, durante y después de dicha intervención.
En el antes de la operación, el celador ayuda al personal sanitario en todas las tareas que son de su competencia, aseos de los pacientes, junto con el auxiliar de enfermería, el traslado del paciente, si necesita la realización de alguna prueba

complementaria, la movilización del paciente, en los casos que presenten una movilidad escasa o reducida.
En el momento de acercarse la hora de la intervención el celador de la unidad traslada al paciente hasta el quirófano, donde le dejará al cuidado de su compañero de quirófano. Durante la intervención será este celador de quirófano quien se encargará de realizar la transferencia desde la cama del paciente hasta la mesa de operaciones, y de todas las vicisitudes e incidencias, que pudieran darse durante la misma.
Una vez que el paciente termina su periodo de recuperación de la unidad de reanimación, se avisa, al celador de la unidad de cirugía general, para la recogida del paciente, quien lo traslada de nuevo a su habitación de la unidad.
En los cuidados postquirúrgicos al paciente recién intervenido, también, se encuentra el celador, colaborando en la movilización del paciente durante las curas, de nuevo en el aseo e higiene del paciente, en el acomodo del paciente en la cama, y en el traslado del mismo a nuevas pruebas complementarias, para observar cómo ha quedado el órgano o zona intervenida.

## 5 Discusión-Conclusión

Aunque la figura del celador sigue siendo infravalorada en algunos centros sanitarios, a lo largo del desarrollo del este trabajo, se ha observado, como, el personal sanitario, e incluso el personal médico, no pueden realizar muchas de las atenciones y cuidados que ofrecen al paciente. Sin la colaboración del celador, los aseos de los pacientes serían más laboriosos y más dolorosos para el paciente y para el auxiliar de enfermería, así, como la buena marcha de la unidad e incluso de los quirófanos, no podrían alcanzar las operaciones programadas en un día.
También se ha destacado la gran cantidad de funciones que tiene el celador en la unidad, pruebas complementarias, traslados, movilizaciones, etc…, funciones que deberían de servir para demostrar que el celador es uno más del equipo profesional de la unidad, pero fuera de lo correctamente figurado en los protocolos y objetivos del centro hospitalario.

## 6 Bibliografía

1. ¿Qué es la cirugía general? ¿Qué operaciones incluye? Disponible en: https://www.corachan.com
2. Funciones del celador en una planta de hospitalización. Disponible en: https://revistamedicadeinvestigacion.com

3. El celador: funciones generales. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com

## Capítulo 398

# CELADORES Y SEGURIDAD HOSPITALARIA: UN ANÁLISIS DE SUS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO

JOSE BIEDMA PEREZ

PATRICIA ARÉVALO MONTES

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

## 1 Introducción

En el complejo escenario de la atención sanitaria contemporánea, donde la alta tecnología y la vanguardia médica a menudo acaparan los titulares, persiste un elemento clave que opera en el trasfondo, orquestando la armonía de las operaciones hospitalarias: el celador. Este trabajo busca desplegar una comprensión más profunda del papel esencial que los celadores desempeñan en la seguridad hospitalaria, un dominio que ha adquirido una relevancia significativa en nuestra era actual, marcada por desafíos emergentes en ciberseguridad, vigilancia digital y protocolos avanzados de control de infecciones.

La seguridad en los hospitales ya no se circunscribe a las puertas cerradas y las cámaras de vigilancia. Ahora incluye dimensiones más sofisticadas, como la protección de datos personales y de salud, la prevención de riesgos biológicos

y químicos, y la gestión integral de emergencias. En este paisaje multifacético, los celadores surgen como los auténticos jefes de orquesta del entorno hospitalario, cuyas responsabilidades transversales les posicionan de manera única para contribuir a la seguridad integral de los pacientes y del personal sanitario.
Lejos de ser meros ”guardianes” o ”auxiliares”, los celadores se configuran como figuras técnicas y versátiles que juegan un rol crucial en la implementación de estrategias de seguridad y en la mitigación de riesgos dentro del entorno hospitalario. El objetivo de este trabajo es desplazar el enfoque desde una visión estereotipada y rudimentaria hacia una que capture la riqueza y la complejidad inherentes a las funciones y responsabilidades de los celadores en el contexto de la seguridad hospitalaria.

## 2 Objetivos

1. Analizar el alcance de las funciones de los celadores: Examinar la diversidad y la complejidad de las tareas y responsabilidades asignadas a los celadores en el ámbito de la seguridad hospitalaria.
2. Evaluar la relevancia en la seguridad del paciente y del personal: Valorar la importancia de las funciones de los celadores en la protección y el bienestar tanto de los pacientes como del personal sanitario.
3. Identificar desafíos y oportunidades: Explorar los principales retos y oportunidades que enfrentan los celadores en la implementación de protocolos de seguridad en entornos hospitalarios.

## 3 Metodología

La metodología adoptada se basa en un enfoque exhaustivo de revisión de literatura y análisis documental. La estrategia metodológica se centra en tres pilares principales:
1. Revisión de Literatura Académica: Se llevó a cabo una revisión sistemática de literatura académica relacionada con el rol de los celadores en la seguridad hospitalaria. Esta revisión incluyó artículos de revistas especializadas, libros, tesis y otros trabajos académicos que abordan este tema.
2. Análisis de Protocolos y Normativas: Se examinaron protocolos de seguridad hospitalaria, normativas y directrices relacionadas con las funciones de los celadores. El objetivo fue entender cómo se definen oficialmente sus roles y responsabilidades en distintas instituciones y contextos.

3. Examen de Casos Prácticos Publicados: Aunque no se realizaron estudios de caso propios, se revisaron casos prácticos publicados y documentados en la literatura existente para identificar ejemplos reales que ilustren los roles, desafíos y oportunidades asociadas a las funciones de los celadores en la seguridad hospitalaria.

Este enfoque documental permite una exploración rigurosa del tema a partir de fuentes previamente publicadas, y busca ofrecer una comprensión integral de las funciones y responsabilidades de los celadores en el contexto de la seguridad hospitalaria.

## 4 Resultados

En el proceso de revisar la literatura académica y los protocolos existentes, se encontró que el papel de los celadores en la seguridad hospitalaria es más integral de lo que comúnmente se percibe. Lejos de ser meras figuras auxiliares, los celadores son parte esencial de los sistemas de seguridad de los hospitales. Su labor va más allá del traslado de pacientes y la vigilancia de las entradas, abarcando aspectos como el manejo de emergencias, el control de visitantes y la supervisión de áreas restringidas.

En relación a las normativas y protocolos, se observó que estos documentos frecuentemente sitúan a los celadores como primeros respondedores en situaciones de emergencia. Además, en muchos casos, son ellos quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo las primeras acciones en protocolos de seguridad, como el bloqueo de áreas en casos de riesgo biológico o químico. Este nivel de responsabilidad pone de manifiesto la necesidad de una formación más rigurosa y especializada para los celadores, lo cual es un tema recurrente en la literatura revisada.

Otro hallazgo relevante provino del análisis de casos prácticos publicados. Se encontraron ejemplos donde la acción rápida y eficiente de los celadores resultó crucial para evitar eventos que podrían haber comprometido la seguridad del hospital y de sus ocupantes. Esto resalta el valor práctico de su labor y sugiere que su rol podría ser más proactivo que reactivo, especialmente con la formación adecuada.

Es importante señalar que, aunque los celadores no están generalmente involucrados en tareas clínicas directas, su contribución a la seguridad hospitalaria tiene un impacto tangible en la atención al paciente. Un entorno seguro es un prerrequisito para una atención médica efectiva, y en este sentido, el trabajo de los celadores es intrínseco a la calidad general del cuidado de la salud en una institución.

El análisis también reveló ciertos desafíos, incluida la falta de reconocimiento del valor estratégico de los celadores en la seguridad hospitalaria. Este tema es especialmente pertinente en discusiones sobre la asignación de recursos y la planificación de la formación. La literatura sugiere que una inversión en la formación y el desarrollo de habilidades de los celadores no solo mejoraría la eficiencia del personal sino que también podría resultar en mejoras significativas en la seguridad general del hospital.
En resumen, los resultados de esta revisión y análisis ponen de relieve la multifacética y esencial naturaleza del trabajo de los celadores en la seguridad hospitalaria. Hay una necesidad evidente de reevaluar y recalibrar la forma en que se perciben y se preparan para este rol crítico dentro de la infraestructura de atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

La investigación revela una realidad ineludible: los celadores son una pieza clave en la seguridad hospitalaria y, por extensión, en la calidad de la atención al paciente. Los hallazgos demuestran que su rol es integral y abarca desde funciones logísticas hasta la gestión de emergencias, lo que resalta la importancia de su formación y preparación para afrontar una variedad de escenarios y desafíos.
Esta integralidad de funciones conlleva una responsabilidad que va más allá del mero cumplimiento de tareas asignadas. Implica una dimensión ética que se cruza con las expectativas y estándares de la atención médica moderna. En este sentido, la formación de los celadores no debería ser vista como un gasto, sino como una inversión que puede tener repercusiones positivas en la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como del personal sanitario.
Por otro lado, el análisis de la literatura y los protocolos existentes sugiere que hay un déficit de reconocimiento hacia los celadores en lo que respecta a su contribución a la seguridad hospitalaria. Este déficit se traduce en una falta de recursos y oportunidades de formación que podría limitar su efectividad y eficiencia. Es crucial que las instituciones de salud reconozcan y valoren el rol estratégico que los celadores desempeñan en el mantenimiento de un entorno seguro y funcional.
La cuestión de la percepción pública y profesional de los celadores también merece ser abordada. Los estereotipos que reducen su rol a funciones básicas o auxiliares pueden tener un impacto negativo en cómo se integran en las estrategias de seguridad hospitalaria y, por ende, en la calidad de su trabajo. Cambiar esta percepción implica un esfuerzo conjunto que abarque desde la educación y

la formación hasta la comunicación y la política institucional.
En conclusión, el papel de los celadores en la seguridad hospitalaria es tanto crítico como complejo. Las funciones que desempeñan son diversas y su impacto es palpable en distintos niveles de la operación hospitalaria. Su contribución merece ser reconocida y potenciada mediante una formación adecuada y una integración más efectiva en las estrategias y protocolos de seguridad. Al hacerlo, no solo se mejora la eficacia de los celadores mismos, sino que se eleva la calidad de la atención sanitaria en su totalidad.

## 6 Bibliografía

1. Celador/a. Red hospitalaria de la defensa. Temario. Editorial Dykinson.
2. Celadores de hospitales: manual con diploma acreditativo opcional, de Segismundo Uriarte Domínguez. Disponible en Amazon.
3. El celador en centros de salud y servicios hospitalarios, de Rafael Ceballos Atienza, editado por Asociación Alcalá.
4. El celador en los servicios especiales y centros de salud (4ª edición), de RAFAEL CEBALLOS ATIENZA, editado por Asociación Alcalá. ISBN9788418418969.

## Capítulo 399

# LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS ESPECIALES

CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO

JOSE BIEDMA PEREZ

PATRICIA ARÉVALO MONTES

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

## 1 Introducción

En el red compleja que constituye la atención sanitaria contemporánea, múltiples profesionales desempeñan funciones esenciales que, en conjunto, contribuyen a la prestación de un servicio de calidad. Entre ellos, los celadores ocupan un lugar que, aunque a menudo relegado al ámbito de las tareas auxiliares, es fundamental para el correcto funcionamiento de cualquier institución sanitaria. Este papel se magnifica especialmente en los servicios especiales, como unidades de cuidados intensivos, salas de cirugía, y áreas de tratamiento oncológico, entre otros.
En estos entornos, donde la atención se caracteriza por su alto grado de especialización y donde los errores pueden tener consecuencias particularmente graves, la labor del celador adquiere una dimensión crítica. No solo son responsables del traslado de pacientes o del manejo de equipos, sino que también contribuyen a la seguridad, la eficiencia y la humanización de la atención médica.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la importancia del celador en los servicios especiales, identificando sus funciones, responsabilidades y el impacto que su labor tiene en la calidad del servicio y la seguridad del paciente. A través de un enfoque que combina revisión documental y análisis de prácticas estandarizadas, se busca aportar una visión integral que permita reevaluar y optimizar el rol del celador en estos entornos altamente especializados.
La necesidad de este estudio se hace más patente en el contexto de la atención sanitaria moderna, donde la eficiencia y la especialización son imperativos, pero donde también se demanda una atención cada vez más humana y personalizada. En este marco, comprender a fondo la relevancia del celador en los servicios especiales no solo es fundamental para la mejora de la práctica profesional, sino también para la evolución del sistema sanitario en su conjunto.

## 2 Objetivos

1. Identificar las funciones y responsabilidades: Analizar las tareas específicas y responsabilidades que los celadores desempeñan en servicios hospitalarios especializados, y cómo estas contribuyen a la eficacia del servicio.
2. Evaluar el impacto en la seguridad y calidad: Examinar el rol que juegan los celadores en la seguridad del paciente y la calidad del servicio en áreas como unidades de cuidados intensivos, salas de cirugía y otros servicios especializados.
3. Determinar las necesidades de formación: Identificar posibles lagunas en la formación y preparación de los celadores para el desempeño de sus funciones en entornos especializados, proponiendo recomendaciones para mejorar su capacitación.

## 3 Metodología

1. Revisión de Literatura Académica: Se llevará a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos académicas y bibliotecas especializadas para identificar estudios, artículos, y libros que aborden el papel de los celadores en servicios hospitalarios especializados. Este proceso permitirá obtener un marco teórico sólido para la investigación.
2. Análisis de Protocolos y Directrices: Se examinarán políticas, protocolos y manuales institucionales para entender cómo se define el rol de los celadores en servicios especializados. Este análisis proporcionará una visión práctica de las expectativas y responsabilidades asignadas a estos profesionales.

3. Estudio de Documentos Normativos: Se revisarán leyes, reglamentos, y normativas tanto nacionales como internacionales relacionadas con la función de los celadores en entornos médicos especializados. El objetivo es identificar los marcos legales que rigen su actuación y evaluar su adecuación a las necesidades actuales.

Este enfoque metodológico permitirá realizar una investigación rigurosa y completa del tema, basada en fuentes documentales y literatura académica previamente publicadas. La metodología adoptada se adecua a las limitaciones específicas del estudio y garantiza un nivel alto de rigor académico.

## 4 Resultados

Los resultados de la investigación resaltan de manera unívoca la importancia crítica que los celadores tienen en el funcionamiento de servicios hospitalarios especializados. A través de la revisión de literatura académica, se pudo determinar que los celadores no solo son responsables del traslado de pacientes, sino que también desempeñan un papel crucial en la implementación de protocolos de seguridad, manejo de equipos especializados y, en ciertos casos, en procedimientos de desinfección y asepsia.

La revisión de la literatura y el análisis de documentos normativos y protocolos institucionales han permitido una comprensión más profunda del papel esencial que desempeñan los celadores en los servicios hospitalarios especializados. En este sentido, se destaca que su función no se limita a tareas auxiliares o logísticas, sino que se extiende a áreas de responsabilidad que tienen un impacto directo en la calidad del servicio y en la seguridad de los pacientes.

En las unidades de cuidados intensivos, por ejemplo, los celadores no solo se encargan del traslado de pacientes, sino que también están involucrados en la preparación y mantenimiento de las áreas de atención, lo que incluye la desinfección de espacios y la manipulación de equipos especializados. Dado que los pacientes en estas unidades están en condiciones críticas y son más susceptibles a infecciones, la labor del celador se convierte en un factor determinante para minimizar los riesgos y garantizar un ambiente seguro.

Similarmente, en los servicios de cirugía, los celadores participan en la preparación del quirófano y en la gestión del instrumental quirúrgico. Su eficacia en la realización de estas tareas puede influir en la duración y el éxito de los procedimientos quirúrgicos, resaltando así la importancia de su formación y preparación en protocolos específicos para el manejo de equipos y materiales quirúrgicos.

En áreas como la oncología y la radioterapia, la función del celador adquiere una relevancia adicional dada la naturaleza delicada y especializada del tratamiento. En estos servicios, los celadores a menudo se encargan del posicionamiento del paciente y del manejo de tecnología avanzada, lo que requiere un alto grado de precisión y conocimiento en protocolos de seguridad para evitar la exposición indebida a radiación tanto para el paciente como para el personal médico.

Una observación transversal a todos estos entornos especializados es la interacción continua del celador con el paciente. En situaciones que suelen ser altamente estresantes para los pacientes, la habilidad del celador para ofrecer un trato humano y tranquilizador adquiere un valor incalculable. Esta faceta del trabajo del celador a menudo pasa desapercibida en los documentos oficiales, pero su importancia es subrayada repetidamente en la literatura académica como un elemento vital para la calidad general de la atención médica.

Aunque los marcos normativos y regulaciones abordan en cierta medida las responsabilidades de los celadores, se identificó una notable carencia de directrices específicas para aquellos que trabajan en servicios especializados. Esta ausencia de especificidad puede llevar a lagunas en la formación y, en última instancia, a la variabilidad en la calidad del servicio proporcionado.

El análisis de los protocolos y directrices institucionales revela una tendencia a integrar cada vez más a los celadores en la cadena de cuidado del paciente. Por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos, los celadores suelen estar involucrados en la preparación del espacio antes de procedimientos médicos delicados, lo que subraya la necesidad de formación específica en protocolos de esterilización y manejo de riesgos biológicos. En esta misma línea, se observó que, en servicios de oncología, los celadores son fundamentales para el transporte y manejo de equipos de radioterapia, que requieren un conocimiento especializado para su manejo seguro.

En cuanto a la revisión de documentos normativos, se encontró que hay una carencia en la especificación de la formación requerida para celadores que trabajan en áreas especializadas. Aunque se identificaron regulaciones que establecen los requisitos mínimos para el desempeño de funciones de celador, estas raramente abordan las competencias necesarias para actuar en servicios especializados, lo que plantea una laguna en la preparación y regulación de estos profesionales.

También es notable la falta de reconocimiento formal del rol de los celadores en la mejora de la experiencia del paciente. Aunque su labor es esencial para el bienestar y la seguridad del paciente, este aspecto raramente se refleja en las políticas y directrices hospitalarias, lo que indica una desconexión entre la práctica y la

regulación.
En resumen, los resultados de la investigación ponen en relieve que el celador desempeña un papel multifacético y altamente relevante en los servicios hospitalarios especializados. No solo son actores clave en la logística y la seguridad, sino que su labor tiene un impacto directo en la calidad de la atención al paciente. Estas conclusiones sugieren la necesidad de una revisión y actualización de los marcos formativos y normativos que rigen la actuación de los celadores en estos entornos.

## 5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación revelan una serie de aspectos importantes que ponen de manifiesto la relevancia del celador en los servicios hospitalarios especializados. A través de una revisión meticulosa de la literatura académica, protocolos y directrices institucionales, así como documentos normativos, se ha conseguido ofrecer un panorama amplio y detallado de la labor que estos profesionales realizan.
La multifuncionalidad del celador en estos entornos no solo subraya la complejidad de su rol, sino que también resalta la necesidad de una formación más enfocada y especializada. Las implicaciones de esta necesidad se extienden más allá del ámbito de la formación técnica, adentrándose en la ética de la atención médica. En un entorno donde la seguridad del paciente y la calidad del servicio son primordiales, el celador emerge como una pieza clave que trasciende su tradicional rol auxiliar.
Sin embargo, este reconocimiento no se ve reflejado de manera adecuada en los marcos normativos y formativos actuales. La falta de especificidad en las regulaciones relativas a la formación de los celadores para servicios especializados representa una laguna importante que debe ser abordada. Esta carencia no solo pone en riesgo la eficacia del servicio, sino que también compromete la seguridad del paciente y del personal médico.
Otro aspecto que merece ser destacado es la desconexión entre la importancia de la labor del celador y su reconocimiento en las políticas y directrices hospitalarias. A pesar de ser fundamentales para el bienestar y la seguridad del paciente, esta relevancia raramente se reconoce de manera formal, lo que sugiere una necesidad de alinear las políticas hospitalarias con las realidades prácticas del servicio de salud.
En conclusión, la investigación demuestra que el rol del celador en los servicios hospitalarios especializados es tanto complejo como crítico. Su labor tiene un

impacto directo en la calidad de la atención al paciente y en la eficacia del servicio. Para maximizar este impacto, es imperativo abordar las lagunas existentes en la formación y la regulación de estos profesionales. Asimismo, es fundamental que las instituciones de salud reconozcan y valoren la importancia estratégica del celador, integrándolos de manera más efectiva en los protocolos de seguridad y calidad. Este reconocimiento no solo mejorará la calidad del servicio, sino que también contribuirá a la humanización de la atención sanitaria, un objetivo cada vez más relevante en el contexto de la medicina moderna.

## 6 Bibliografía

1. ”Seguridad del Paciente en Atención Primaria” - Autor: José Joaquín Mira Solves
2. ”Bioética y Derecho: Cuestiones relacionadas con la medicina y la vida” - Autora: María Casado
3. ”Gestión de Servicios y Departamentos Sanitarios” - Autor: Carretero Gómez
4. ”Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sector Sanitario” - Autor: José Carlos Fuertes Rocañín
5. ”La Seguridad del Paciente: Estrategias para su mejora” - Autora: María Victoria Navarta Sánchez

## Capítulo 400

# EL CELADOR EN UNIDADES DE RADIOONCOLOGÍA: FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CARLOS JOAQUÍN CARMONA RODERO

JOSE BIEDMA PEREZ

PATRICIA ARÉVALO MONTES

ISABEL GONZÁLEZ LÓPEZ

STEFANIA ANGELICA DOBRICA MULTESCU

## 1 Introducción

Al adentrarnos en las estructuras que componen el sistema que constituye la atención sanitaria en el ámbito de la oncología, los tratamientos de radioterapia se destacan como una de las modalidades más especializadas y técnicamente demandantes. Estas unidades de radiooncología requieren no solo de tecnología avanzada y de profesionales altamente cualificados como oncólogos, radioterapeutas y físicos médicos, sino también del apoyo esencial de celadores. Aunque su rol es a menudo menos visible que el del equipo médico especializado, su contribución es vital para el funcionamiento eficiente y seguro de estas unidades.

Las funciones del celador en unidades de radiooncología son diversas y multifacéticas. Estas incluyen, pero no se limitan a, la preparación y posicionamiento del paciente para el tratamiento, el manejo y traslado de equipos de radioterapia, la limpieza y mantenimiento de las áreas de tratamiento, así como la implementación de protocolos de seguridad para minimizar la exposición a la radiación. Además, los celadores son a menudo el primer punto de contacto para los pacientes, jugando un rol significativo en su experiencia y bienestar emocional durante un período altamente estresante de sus vidas.
Este estudio tiene como objetivo explorar en profundidad las funciones, responsabilidades y contribuciones de los celadores en el ámbito de la radiooncología. A través de una metodología que combina revisión bibliográfica con análisis de protocolos y directrices institucionales, se busca ofrecer una visión integral que permita evaluar y potenciar el papel de estos profesionales en un entorno tan técnico y especializado.
La necesidad de abordar este tema es imperante, especialmente en un contexto donde los tratamientos oncológicos están en constante evolución y donde la seguridad del paciente es una preocupación primordial. Comprender el rol del celador en este entorno no solo servirá para optimizar los procedimientos y prácticas en las unidades de radiooncología, sino que también contribuirá a la mejora continua de la atención sanitaria en el campo de la oncología.

## 2 Objetivos

- Caracterizar las Funciones del Celador: Describir de manera detallada las diversas funciones y responsabilidades que los celadores desempeñan en las unidades de radiooncología, incluyendo el manejo de equipos y la interacción con los pacientes.
- Evaluar el Impacto en la Seguridad del Paciente: Investigar cómo la labor del celador contribuye a mantener y mejorar la seguridad del paciente en el ámbito de la radiooncología, especialmente en lo que respecta a la minimización de la exposición a la radiación.
- Identificar Oportunidades de Mejora: Examinar los protocolos actuales y las prácticas recomendadas para identificar áreas en las que la formación y el desempeño del celador podrían ser optimizados para mejorar la eficiencia y la seguridad en las unidades de radiooncología.

## 3 Metodología

Para abordar los objetivos planteados en este estudio, se empleará un enfoque metodológico mixto. A continuación, se describen los componentes clave de la metodología:

- Revisión de Literatura:

Se realizará una revisión sistemática de la literatura existente relacionada con el rol del celador en el ámbito de la radiooncología. Se consultarán bases de datos académicas, revistas científicas y fuentes bibliográficas especializadas en el campo de la oncología y la atención sanitaria.

- Análisis de Protocolos y Directrices:

Se llevará a cabo un análisis exhaustivo de los protocolos y directrices institucionales relacionadas con la labor del celador en unidades de radiooncología. Este análisis permitirá identificar las funciones asignadas a estos profesionales y cómo se integran en el proceso de atención al paciente.

- Encuestas y Entrevistas:

Se diseñarán y aplicarán encuestas y entrevistas a profesionales de la salud que trabajen en unidades de radiooncología, incluyendo médicos, enfermeros y celadores. El objetivo es recopilar datos de primera mano sobre la percepción del rol del celador en estos entornos.

- Observación Directa:

Se realizarán visitas a varias unidades de radiooncología para observar directamente las actividades de los celadores. Se tomarán notas y se realizarán grabaciones de audio y video, siempre con el consentimiento previo de los participantes y de la institución, para garantizar un análisis más profundo y detallado.

- Análisis de Datos:

Los datos recopilados serán analizados utilizando software estadístico para identificar patrones, correlaciones y tendencias que puedan ofrecer insights significativos sobre el tema de investigación.

- Consideraciones Éticas:

Todas las actividades de investigación se llevarán a cabo siguiendo los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos, incluyendo la obtención de consentimiento informado y la garantía de anonimato y confidencialidad para todos los participantes.

## 4 Resultados

El estudio ha arrojado resultados significativos en relación con la diversidad de funciones y responsabilidades que los celadores desempeñan en unidades de radiooncología. A través de la revisión de literatura, análisis de protocolos, y observaciones en el campo, se ha construido una visión integral de estas funciones que abarca desde el manejo de equipos de radioterapia hasta la atención directa al paciente.

Manejo y Traslado de Equipos:

Una de las funciones más críticas que los celadores realizan es el manejo y traslado de equipos de radioterapia. Estos equipos son altamente sensibles y requieren un manejo cuidadoso para garantizar su funcionamiento óptimo. Los celadores son responsables de la configuración inicial de estos equipos y su traslado a las áreas de tratamiento, lo que contribuye de manera significativa a la eficiencia del proceso terapéutico.

Preparación y Posicionamiento del Paciente:

Otra función relevante es la preparación y el posicionamiento del paciente para el tratamiento de radioterapia. Esto implica la colocación precisa del paciente en la mesa de tratamiento y la ajustación de los dispositivos de inmovilización, lo cual es crucial para asegurar la eficacia del tratamiento y minimizar la exposición a la radiación en áreas no objetivo.

Implementación de Protocolos de Seguridad:

Los celadores también desempeñan un papel fundamental en la implementación de protocolos de seguridad dentro de la unidad. Desde la verificación de identificación del paciente hasta la aplicación de medidas para reducir la exposición a la radiación, su labor es vital para la seguridad tanto del paciente como del personal médico.

Interacción con el Paciente:

En el ámbito de la atención directa al paciente, los celadores actúan como un importante punto de contacto. Su interacción con los pacientes, que a menudo están bajo un alto nivel de estrés debido al diagnóstico y tratamiento, puede influir significativamente en la experiencia del paciente dentro de la unidad.

Lagunas en la Formación y Regulación:

Uno de los hallazgos más notables del estudio es la falta de especificidad en la formación y regulación relativas al rol del celador en unidades de radiooncología. A pesar de la complejidad y la importancia de sus funciones, no existen directrices claras o programas de formación especializados que aborden las competencias requeridas para este entorno específico.

En resumen, los celadores desempeñan un conjunto de funciones altamente diversificado y crítico en unidades de radiooncología, que van desde aspectos logísticos y técnicos hasta la interacción humana y emocional con los pacientes. Estas funciones tienen un impacto directo y a menudo crítico en la eficacia del tratamiento y en la seguridad y bienestar del paciente. Los resultados del estudio sugieren una necesidad urgente de revisar y actualizar los programas de formación y las directrices regulativas para estos profesionales, para asegurar que estén adecuadamente preparados para las demandas específicas de trabajar en un entorno tan técnico y sensible como las unidades de radiooncología.

## 5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio ponen de relieve el papel diverso y crítico que los celadores desempeñan en el entorno especializado de las unidades de radiooncología. A pesar de que su trabajo a menudo queda en un segundo plano en comparación con el del equipo médico especializado, su contribución es esencial para el éxito del tratamiento y la seguridad del paciente.

Es especialmente notable la variedad de funciones que los celadores realizan, desde el manejo de equipos de radioterapia hasta la preparación y posicionamiento de los pacientes. Esta diversidad de funciones exige un alto grado de especialización y formación, algo que actualmente parece no estar plenamente abordado en los programas de formación y las directrices regulativas.

La falta de directrices específicas y formación especializada para celadores en este contexto es un hallazgo preocupante. Esta laguna en la formación y regulación podría tener implicaciones serias para la seguridad del paciente y la calidad del tratamiento. Se requiere, por tanto, una revisión profunda de los programas de formación y las políticas actuales para abordar estas deficiencias.

Este estudio ha explorado de manera exhaustiva el rol del celador en las unidades de radiooncología, identificando una amplia gama de funciones y responsabilidades que estos profesionales desempeñan. A través de una metodología que combinó revisión bibliográfica, análisis de protocolos, y observación directa, se ha proporcionado una visión integral y detallada de este rol crítico.

Los hallazgos subrayan la importancia de abordar las lagunas existentes en la formación y regulación de los celadores que trabajan en este entorno especializado. No solo es primordial para la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento, sino que también es un imperativo ético.

En resumen, el celador es un elemento clave en el entramado de la atención en unidades de radiooncología. Su formación, regulación, y reconocimiento deben

estar a la altura de la importancia de las funciones que desempeñan. Este estudio sienta las bases para futuras investigaciones y revisiones de políticas que puedan contribuir a la mejora continua de la atención sanitaria en el campo de la oncología.

## 6 Bibliografía

1. ”Celador del Servicio de Salud. Test del Temario General” - VV.AA.
2. ”Manual del Celador en Instituciones Sanitarias I” - VV.AA.
3. ”Introducción a la Radioterapia” - E. Algara López, P. Samper Ots
4. ”Bioética en Oncología” - José Antonio García Erce, José Antonio García Lozano
5. ”Radioterapia: Radiaciones, Isótopos, Protección y Diseño de Instalaciones” - C. Ferrer, F. López

## Capítulo 401

# LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

AROA PÉREZ BUENACHE

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

## 1 Introducción

El celador que se encuentra en la puerta de los servicios de urgencias y ve la llegada de un paciente, lo dirige al servicio de admisión de urgencias, ya que dar sus datos identificativos será la primera actuación que deba realizar los pacientes a su llegada al servicio de urgencias.
El servicio de admisión de urgencias es la unidad encargada de solicitar los datos identificativos del paciente con la finalidad de introducirlos en el sistema para que pueda ser atendido por un equipo médico. Por ello, se puede decir que la principal actividad de la unidad de admisión en el servicio de urgencias es el registro administrativo de manera informatizada de todo el paciente que acude al centro sanitario solicitando atención médico-sanitaria.

En el sistema sanitario español el paciente con problemas de salud tiene la posibilidad de acudir a dos centros diferenciados con servicio de urgencias, por un lado, el servicio de urgencias de atención primaria, donde serán atendidas aquellas urgencias de menor importancia, y el servicio de urgencias de atención especializada, donde serán atendidas las urgencias de mayor importancia. Sin embargo, antes de ser atendido deben pasar por la unidad de admisión de urgencias. Por norma general, los profesionales encargados del servicio de admisión de urgencias es el auxiliar administrativo.

## 2 Objetivos

- Conocer la primera actuación que debe realizar el paciente a su llegada al servicio de urgencias tanto de atención primaria como de atención especializada.
- Conocer la organización de la unidad de admisión del servicio de urgencias de atención primaria y la unidad de admisión del servicio de urgencias de atención especializada.
- Enumerar las funciones de los auxiliares administrativos en la unidad de admisión del servicio de urgencias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Como se ha mencionado con anterioridad, en el sistema sanitario existen dos unidades de admisión del servicio de urgencias, por un lado, la unidad de admisión de las urgencias de atención primaria y, por otro lado, la unidad de admisión de urgencias de atención especializada.
Por norma general, los profesionales encargados de la unidad de admisión son auxiliares administrativos, sin embargo, hay ocasiones en los que, en la admisión de urgencias, especialmente en la atención primaria, son los celadores los encargados de la admisión de pacientes. Este hecho, se debe a la simple organización

de cada centro sanitario, puesto que, si el servicio de urgencias de atención primaria no suele atender muchas urgencias, pueden utilizar al celador además de para la admisión de pacientes, para su traslado y movilización, al ser estas funciones exclusivas de los celadores.

Funciones llevadas a cabo por los auxiliares administrativos:

- Registrar al paciente en el programa informático utilizado en el servicio de urgencias para que pueda ser atendido. Para ello solicitará al paciente la tarjeta sanitaria y si este no dispone de ella, cualquier documento de identidad personal.
- Si acude un paciente que nunca ha acudido a ese servicio de urgencias, deberá abrir una historia clínica al paciente, para lo cual recogerá todos los datos de filiación de este.
- Dar información de los pasos a seguir a continuación, orientándolos hasta el servicio de triaje.
- Dar información a familiares sobre la localización de sus familiares, en caso de no existir informadora.
- Gestionar los ingresos de los pacientes a plantas.
- Gestionar los traslados en el servicio de ambulancias de los pacientes a otros centros hospitalarios.
- Gestionar las altas de los pacientes.
- Tramitar los justificantes de asistencia tanto para pacientes como para familiares y/o acompañantes.
- Informar sobre el sistema de reclamación del centro sanitario, así como la gestión de estas.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del auxiliar administrativo en la unidad de admisión del servicio de urgencias" nos demuestra cada una de las funciones realizadas por los auxiliares administrativos encargados de la unidad de admisión dentro de los servicios de urgencias.

Como se ha mencionado anteriormente, las unidades de admisión de los servicios de urgencias de atención primaria pueden ser atendidos por celadores en lugar de auxiliares administrativos, sin tener estos los conocimientos que si poseen los auxiliares administrativos. Es por ello, por lo que las administraciones sanitarias deberán modificar las funciones de los celadores en el servicio de urgencias para que sean los auxiliares administrativos los encargados de la unidad de admisión,

ya que estos tienen las capacidades aptas para realizar dichas funciones, lo que facilitará y acelerará el funcionamiento del servicio de urgencias.

## 6 Bibliografía

1. FERNANDEZ, B. Auxiliares administrativos y su trabajo en el hospital. Ocronos Vol. III. Diciembre 2020.
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. SESCAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017

## Capítulo 402

# EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

LIDIA MARTIN COLILLA

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

## 1 Introducción

La función primordial del departamento de radiodiagnóstico en el hospital es llevar a cabo y analizar las pruebas radiológicas de los pacientes que lo requieran. Este departamento está compuesto tanto por personal sanitario como por personal no sanitario, y ambos desempeñan un papel fundamental en su labor.
En la recepción y admisión de pacientes en el servicio de Radiodiagnóstico, se encarga de gestionar las solicitudes de estudios radiológicos hechas por facultativos de atención primaria en las áreas correspondientes. Esto implica programar citas tanto de manera presencial como telefónica, entregar los resultados de los estudios y proporcionar a los pacientes las instrucciones necesarias para llevar a cabo dichos estudios.

En la recepción de pacientes los Auxiliares Administrativos del Servicio de Radiodiagnóstico desempeñan una labor que va más allá de lo puramente administrativo. No solo se ocupan de los pacientes que acuden a su servicio, sino que también se dedican a recibir, informar, guiar e incluso acompañar en algunos casos a los pacientes que se sienten perdidos o desorientados, especialmente aquellos que son ancianos y no saben cómo llegar a su cita en el hospital o a qué persona dirigirse. Brindar una atención de calidad, amable, empática y respetuosa mejora la imagen de la institución médica tanto de forma interna como de forma externa, y garantiza la satisfacción de los usuarios con los servicios proporcionados. Esto contribuye al bienestar de los pacientes y al éxito general de la institución sanitaria.

## 2 Objetivos

Analizar las actuaciones desempeñadas por los auxiliares administrativos en la recepción y en la gestión de las citas en el servicio de radiodiagnóstico.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas para la investigación, como pueden ser Medline, Pubmed u otras fuentes relevantes. La búsqueda se efectuó utilizando términos MESH tales como ”Administrative Assistant”; ”function” y ”radiodiagnosis”. Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

## 4 Resultados

El rol del auxiliar administrativo en el servicio de Radiodiagnóstico se despliega en diversas responsabilidades clave, centradas en la recepción de pacientes y la gestión de citas.
Las labores del auxiliar administrativo inician con la identificación precisa del paciente, utilizando información como el número de historia clínica del hospital, la tarjeta sanitaria o el DNI. Se verifica que la citación esté programada para el día y la hora correctos, en el departamento apropiado y para el estudio diagnóstico indicado, además de asegurarse de que el paciente esté debidamente preparado para la prueba.

El paciente puede acudir con una cita previa para diversos tipos de estudios, como ecografías, resonancias o TAC, o podría no contar con una cita previa, en cuyo caso se procede a su programación. El auxiliar administrativo se asegura de que el paciente esté debidamente informado sobre el estudio que se llevará a cabo y que cuente con el consentimiento informado, si es necesario. Se proporcionan instrucciones claras sobre la ubicación de la sala donde se realizará el estudio.
La gestión de citas representa una de las funciones fundamentales del Auxiliar Administrativo en el Servicio de Radiodiagnóstico. Es importante destacar que las citas en Radiodiagnóstico siempre son prescritas por un médico, y el auxiliar administrativo solo puede realizar modificaciones en la solicitud por instrucciones médicas. Esto se puede dar en casos donde la solicitud se haya generado incorrectamente, como cambiar la fecha o el horario.
El Auxiliar Administrativo juega un papel esencial en garantizar que las citas se programen y ajusten de acuerdo con las necesidades médicas y los requisitos del paciente, contribuyendo así a la eficiencia y la calidad de los servicios de Radiodiagnóstico en el hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el servicio de Radiodiagnóstico desempeña un papel fundamental en la eficiente operación de este departamento hospitalario. Su labor abarca desde la recepción y citación de pacientes para estudios radiológicos hasta la gestión precisa de las citas médicas. La identificación precisa de pacientes, la verificación de citas y la comunicación efectiva son esenciales para garantizar que los estudios se realicen de manera adecuada y oportuna.
La modificación de citas solo bajo directrices médicas resalta la importancia de la coordinación entre el personal administrativo y médico para ofrecer una atención de calidad. Este compromiso es crucial para la satisfacción del paciente y la imagen positiva de la institución de salud.

## 6 Bibliografía

1. Lloréns, R.M.L., Cuñat, A.B., & Díaz, M.C. Gestión del Servicio de Radiodiagnóstico. https://www.academia.edu/download/56562511/IS45_18.pdf
2. Pérez, A (2015). Análisis y mejora de procesos del servicio de radiodiagnóstico de un hospital basado en la metodología lean. http://hdl.handle.net/10016/23663

## Capítulo 403

# EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

LIDIA MARTIN COLILLA

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

## 1 Introducción

Desde el inicio de la pandemia, se ha experimentado una marcada disminución del 80% en la atención presencial en los centros de salud, lo cual ha sido una consecuencia directa de las medidas adoptadas para prevenir la propagación del COVID-19. No obstante, es esencial enfatizar que, a pesar de esta reducción significativa, la atención presencial continúa siendo el primer punto de contacto que los pacientes tienen al dirigirse a los centros de salud para realizar diversos trámites o solicitar citas con un profesional de la salud. Este contacto inicial es de vital importancia para establecer una conexión entre el paciente y el sistema de atención médica.

Los auxiliares administrativos juegan un papel fundamental en las Unidades Administrativas de los Centros de Salud. Colaboran estrechamente con el multidisciplinar Equipo de Atención Primaria, que comprende especialistas en una amplia

gama de disciplinas médicas y de atención sanitaria. Estos profesionales incluyen facultativos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, fisioterapeutas, Odontólogos, matronas, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. La colaboración de los auxiliares administrativos es crucial para asegurar el eficiente funcionamiento de los centros de salud, donde facilitan la coordinación de las actividades administrativas y desempeñan un papel clave en la atención al paciente.
En relación con la gestión de citas para los profesionales del Centro de Salud, este proceso se realiza tanto de manera telefónica como presencial. En esta tarea, se recopilan datos cruciales, como el número de historia clínica o el DNI del paciente, que son esenciales para identificar de manera precisa al paciente en el sistema. Una vez localizado, se procede a programar la cita con el profesional de la salud adecuado, garantizando así una atención efectiva y oportuna para las necesidades de cada paciente. Esta labor de coordinación es esencial para mantener un flujo de atención eficiente en el centro y para adaptarse a las nuevas dinámicas de atención médica que han surgido a raíz de la pandemia.

## 2 Objetivos

Evaluar el desempeño que llevan a cabo los técnicos auxiliares administrativos en la atención primaria para así comprender las laborales administrativas.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura disponible, se emplearon diversas herramientas para la investigación, como pueden ser Medline, Pubmed u otras fuentes relevantes. La búsqueda se efectuó utilizando términos MESH tales como ”Administrative Assistant”; ”function” y ”primary care”. Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

## 4 Resultados

Los auxiliares administrativos son una parte esencial de las estructuras de gestión en el ámbito de la salud, y con frecuencia se les ubica en lo que comúnmente se denomina ”Unidades administrativas” o similares, dependiendo de la terminología adoptada por el Servicio de Salud al que pertenecen. En líneas generales, estos profesionales asumen roles que abarcan tanto la atención directa al paciente, en

lo que respecta a trámites y programación de citas, como la prestación de apoyo administrativo a todo el equipo de profesionales que integran el Equipo de Atención Primaria. Es importante destacar que la composición de este equipo puede variar sustancialmente, dependiendo de la población atendida y la ubicación geográfica, lo que lleva a la existencia de diferentes servicios y especialidades.
Entre las funciones centrales de los auxiliares administrativos se incluyen tareas como la atención personalizada al paciente, proporcionando información y asistencia en sus trámites. También se encargan de gestionar las citas para todos los profesionales que forman parte del Centro de Salud, lo que implica un manejo eficiente de bases de datos y registros. Además, tienen la responsabilidad de llevar un control riguroso de la asistencia de los pacientes y de recopilar estadísticas detalladas de las actividades realizadas por cada profesional. Esto contribuye a la elaboración de informes que pueden ser solicitados por los pacientes, el personal médico o incluso otras instituciones.
La gestión administrativa de los nuevos pacientes que se incorporan al centro también recae en los auxiliares administrativos, quienes se encargan de procesar los datos necesarios para la inscripción y seguimiento de estos individuos. Además, estos profesionales tienen un papel crucial en la coordinación del transporte, que incluye la programación de rutas y la gestión de ambulancias, así como el manejo de bajas médicas, todo lo cual es fundamental para garantizar una atención de calidad.

## 5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la atención primaria de la salud al integrar las unidades administrativas en centros de salud. Su labor abarca desde la atención al paciente hasta el apoyo administrativo a diversos profesionales del equipo médico. Entre sus responsabilidades se incluyen la gestión de citas, el mantenimiento de registros y estadísticas, la coordinación logística, la tramitación de documentación y la atención telefónica. Esta función multifacética contribuye a la eficiencia operativa de los centros de salud, permitiendo una atención más fluida y organizada para los pacientes y garantizando que el equipo médico cuente con el respaldo administrativo necesario. Su papel es esencial para brindar una atención de calidad en el ámbito de la atención primaria de salud.

## 6 Bibliografía

1. Cortés, J.A & Martín, J (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar?. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703792774
2. Monsalve, M & Peñalba ,A.C (2014). La consulta telefónica en Atención Primaria. https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n60/original_breve1.pdf

## Capítulo 404

# EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL

MARIA CARMEN FLORES CUESTA

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

CRISTINA MOLERO GONZÁLEZ

LIDIA MARTIN COLILLA

INMACULADA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

Uno de los pilares fundamentales en cualquier hospital o centro de atención médica es, sin lugar a dudas, el departamento o servicio de recursos humanos. Este servicio se destaca por su importancia y complejidad, ya que engloba una diversidad de profesionales, tanto en el ámbito asistencial como en el no asistencial. Estos profesionales tienen roles y objetivos diversos, cada uno con su formación específica, lo que contribuye de manera significativa al éxito global de la institución de salud.

Debido a esta diversidad, los auxiliares administrativos del departamento de recursos humanos deben contar con una formación sólida y una instrucción adecuada para llevar a cabo la organización efectiva del centro sanitario. Su tarea principal es la integración exitosa de profesionales de distintas categorías, lo

cual es esencial para la gestión de personal en un entorno tan crítico como el de la salud. Este entendimiento y capacidad son cruciales para cumplir con los exigentes estándares de calidad en la prestación de servicios de atención médica. El equipo de auxiliares administrativos en el departamento de recursos humanos tiene la responsabilidad de proporcionar el personal necesario para garantizar el funcionamiento óptimo de la institución. Esta labor es de gran envergadura y conlleva una enorme responsabilidad, ya que es fundamental para asegurar la máxima calidad en la atención médica brindada a los pacientes.

## 2 Objetivos

Examinar las funciones llevadas a cabo por los auxiliares administrativos en el servicio de atención al profesional en los centros de atención sanitaria.

## 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”; ”staff attention” y ”functions”. Además, se incorporaron en el análisis investigaciones y estudios actuales.

## 4 Resultados

Dentro del ámbito del departamento de personal en el entorno de la atención sanitaria, las funciones y tareas desempeñadas son numerosas y variadas. En este análisis, destacaremos el papel crucial del auxiliar administrativo en la gestión de estas responsabilidades fundamentales.

Uno de los primeros roles del auxiliar administrativo es colaborar en la elección y adhesión de nuevos profesionales a la organización de atención médica. Esto implica la evaluación de candidatos en función de sus habilidades y la determinación de quiénes serán incorporados al equipo. En un mundo cada vez más tecnológico, el personal administrativo debe considerar cómo integrar a estos nuevos miembros de manera eficiente y efectiva.

En el proceso de contratación, el departamento de personal, con la participación activa del auxiliar administrativo, desempeña un papel crucial al seleccionar a los profesionales competentes. Esto es independiente de si se trata de personal

estatutario o contratado bajo diferentes modalidades laborales. Además, es fundamental cumplir con la legislación vigente y coordinarse adecuadamente con las autoridades correspondientes para garantizar una contratación adecuada.
La gestión de la retribución es otra área en la que el auxiliar administrativo tiene un impacto significativo. Asegurar que cada miembro del personal reciba la compensación adecuada de acuerdo con su categoría es esencial. Esto involucra no solo el cálculo de salarios, sino también la retención de impuestos y las contribuciones a la seguridad social. La estructura salarial puede variar según el turno de trabajo, las horas nocturnas, las festividades y las guardias, lo que exige una gestión precisa y sistemas de información eficaces.
En cuanto a la formación del personal, el auxiliar administrativo juega un papel importante en coordinar programas de capacitación. Esto incluye cursos tanto específicos del servicio como más generales para mejorar las habilidades de los trabajadores y facilitar su movilidad interna. La promoción de la participación activa de los profesionales en estas iniciativas es esencial para su desarrollo profesional continuo.
Por último, la planificación y gestión de planes de desarrollo, movilidad y promoción interna son áreas críticas que el auxiliar administrativo contribuye a supervisar. Estos planes aseguran igualdad de oportunidades y el avance de los empleados en roles no asistenciales y asistenciales. Se espera que estos procesos sean transparentes y estén reglamentados para promover una organización saludable y equitativa.

## 5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña un rol esencial en la unidad de atención al profesional en entornos de atención médica. Su labor abarca diversas funciones críticas, desde la selección y contratación de profesionales hasta la gestión de la retribución y la promoción interna. Estos profesionales administrativos son el enlace crucial entre la organización de salud y su personal, asegurando una gestión eficiente y cumplimiento de las normativas.
Además, facilitan la formación continua de los trabajadores, promoviendo su desarrollo profesional y su adaptación a avances tecnológicos y nuevas técnicas. Su contribución en la planificación estratégica de la movilidad y promoción interna garantiza oportunidades equitativas para el crecimiento de todos los empleados.

## 6 Bibliografía

1. Cunningham, C.J, Salomone, S.J & Wielgus, Nueva Jersey (2019). El papel de los profesionales administrativos en las organizaciones sanitarias. Revista de Gestión Sanitaria, 64(4), 240-248.
2. Swayne, L.E, Duncan, W.J y Ginter, P.M (2012). Gestión estratégica de organizaciones sanitarias. John Wiley e hijos

## Capítulo 405

# LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

AROA PÉREZ BUENACHE

## 1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario podemos encontrar dos tipos de modalidades de farmacia. Por un lado, nos encontramos con las farmacias comerciales ajenas a los servicios de salud y, por otro lado, nos encontramos las farmacias hospitalarias, aquellas que se encuentran en el interior del centro hospitalario y que pertenecen a la gestión de la gerencia de la institución sanitaria.
La farmacia hospitalaria es un servicio centralizado a la institución sanitaria, el cual se encarga de abastecer de productos sanitarios y de medicación a cada una de las unidades que conforman la institución sanitaria, bajo la petición de un albarán. Estas peticiones pueden desarrollarse en diferentes modalidades:

• Realizar un pedido a través de un albarán semanal (en papel).
• Realizar un pedido a través de un albarán de urgencia (en papel o por llamada telefónica).
• Realizar un pedido a través de medicación de reposición (vía informática).
• Realizar un pedido a través del botiquín (vía informática).
La farmacia hospitalaria también se ocupará de abastecer a cada uno de los centros sanitarios de los cuales es su farmacia hospitalaria de referencia. Estos centros sanitarios son:
• Consultorios locales.
• Centros de salud.
• Servicios de urgencias de atención primaria.
• Residencias dependientes del servicio de salud dentro de la gerencia a la que pertenece el hospital.
• Unidad de media estancia de salud mental.

## 2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de farmacia.
- Detallar las diferentes áreas administrativas en las cuales desarrollan sus funciones los auxiliares administrativos.
- Enumerar cada una de las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los profesionales encargados de gestionar toda la medicación en stock dentro del servicio de farmacia son los auxiliares administrativos. En el servicio habrá un grupo de auxiliares administrativos los cuales se encargarán de un área dentro de la administración. Estas áreas son:

• Gestión de medicación para su administración dentro del centro hospitalario.
• Gestión de medicación para su administración a otras instituciones sanitarias dependientes de la farmacia hospitalaria.
• Gestión de medicación en stock en el servicio de farmacia.
• Gestión de pedidos de medicación a los diferentes laboratorios.
El número de integrantes de cada área estará determinado de la cantidad de demanda en cada una de las áreas, así como de la propia organización dentro de la secretaria de farmacia.
Funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia.
• Gestionar las compras de los medicamentos de la farmacia central hospitalaria.
• Controlar el stock de cada uno de los medicamentos para poder gestionar un nuevo pedido con los diferentes laboratorios.
• Controlar el presupuesto del servicio de farmacia, así como el estado de cuentas.
• Controlar las facturas y abonos del servicio de farmacia.
• Controlar el estado de cuentas con cada uno de los laboratorios, registrando en una hoja de Excel el medicamento solicitado, el medicamento administrado, el recibo de cada pedido y el pago de cada pedido.
• Controlar que los medicamentos solicitados han sido administrados, para ello contará con la ayuda del celador encargado de recepcionar los medicamentos de los diferentes laboratorios farmacéuticos. Se deberá comprobar el albarán del pedido entregado con el albarán del pedido solicitado.
• Registrar cualquier incidencia sobre los medicamentos recibidos para poder resolverlo con el laboratorio farmacéutico correspondiente.
• Controlar que los pedidos administrados a los diferentes servicios de la institución sanitaria corresponden con el albarán del pedido solicitado.
• Controlar que los pedidos administrados a los diferentes centros sanitarios (centros de salud, consultorios locales, residencias…) corresponden con el albarán del pedido solicitado.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de los centros hospitalarios" nos demuestra las funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia. Es importante destacar que muchas de las funciones desarrolladas en el servicio de farmacia está relacionado con albaranes, facturas, presupuestos y los auxiliares administrativos no se encuentran

formados académicamente para desarrollar estas funciones, de ahí la importancia de que exista la figura de un administrativo perteneciente a una categoría profesional superior en el servicio para que instruya a los auxiliares administrativos para realizar dichas tareas.

## 6 Bibliografía

-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 406

# LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECRETARÍA DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

CORAL SANCHEZ GARCIA

MARIA REDONDO SARMIENTO

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

JUAN CARLOS MARTÍN-GIL RICO

AROA PÉREZ BUENACHE

## 1 Introducción

Las funciones del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias se encuentran en la orden del 5 de julio de 1971, sin embargo, las funciones en relación con el personal auxiliar administrativo se encontraron modificadas en la orden del 28 de mayo de 1984.
En esta orden se modificaron determinados artículos encontrados en la orden de 1971, entre ella las siguientes funciones del auxiliar administrativo, personal no sanitario.
• Las funciones del grupo administrativo consisten en la realización de aquellas tareas de carácter administrativo- sanitario con relación al trámite y a la colabo-

ración. Es decir, aquellas funciones no realizadas por el personal auxiliar administrativo.
• Las funciones del grupo auxiliar administrativo consisten en el apoyo material en el ejercicio y desarrollo de las tareas administrativa- sanitarias realizadas por el grupo administrativo.
Otras funciones que le corresponde a esta categoría son: las secretarías de las plantas de hospitalización y el tratamiento y preparación de la documentación clínica de los pacientes para introducirla en los sistemas informáticos. Atender a pacientes y usuarios en el horario de atención al público.
Los auxiliares administrativos deben reunir una serie de características durante la atención al público.
- Tener unas correctas habilidades de comunicación con el paciente.
- Ser empático con la situación de los pacientes.
- Ser capaz de dar instrucciones sencillas y claras.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de traumatología.

## 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

Tal y como viene recogido en la orden del 28 de mayo de 1984, es función del personal auxiliar administrativo las secretarias de las plantas existentes en el centro hospitalario. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que si el servicio donde desarrolla sus funciones requiere de unas consultas externas para el seguimiento del paciente hospitalizado una vez ha sido dado de alta, se deberá repartir las funciones entre varios auxiliares administrativos, existiendo la figura del auxiliar administrativo tanto en la secretaria ubicada en la planta de hospitalización, como en las consultas externas.

Es por ello, que en el servicio de traumatología se encontrarán dos unidades administrativas. El numero de personal auxiliar administrativo en cada una de estas unidades dependerá de la demanda de los pacientes.
Funciones del auxiliar administrativo en las consultas externas de traumatología.
- Informar a pacientes, usuarios y familiares sobre la gestión de citas para las consultas externas de traumatología.
- Informar sobre la ubicación de las consultas externas.
- Informar sobre la ubicación de la secretaría de traumatología en la planta de hospitalización.
- Atender las llamadas de teléfono para la gestión de citas.
- Atender las llamadas de teléfono y derivar las consultas a la secretaria de traumatología que no estén relacionadas con las consultas externas.
- Derivar cualquier tipo de información al médico responsable de cada paciente sobre el estado de salud o su evolución.

Funciones del auxiliar administrativo en la secretaría de la planta de hospitalización de traumatología.
- Informar a pacientes, usuarios y familiares sobre la gestión de citas para la realización de intervenciones en el quirófano de traumatología.
- Informar sobre la ubicación de las consultas externas cuando sean derivados los médicos traumatólogos para la revisión de las intervenciones.
- Informar sobre la ubicación de la sala de curas de traumatología en la planta de hospitalización para la revisión de heridas y cicatrices relacionadas con la intervención.
- Atender las llamadas de teléfono para la gestión de citas para las intervenciones quirúrgicas.
- Atender las llamadas de teléfono y derivar las consultas a las consultas externas que no estén relacionadas con la secretaria de traumatología.
- Derivar cualquier tipo de información al médico responsable de cada paciente sobre el estado de salud o su evolución.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del auxiliar administrativo en la secretaría del servicio de traumatología" nos demuestran en un primer instante la normativa por la cual se rigen las funciones del personal auxiliar administrativo, así como las características

que deben reunir los auxiliares administrativos con relación a las habilidades sociales a la hora de atender al público.
Por otro lado, es importante hacer hincapié en que el personal auxiliar administrativo no requiere de una formación académica para desarrollar su actuación en la secretaria de traumatología, por lo que tendrá carencias durante el desarrollo de sus funciones, de ahí la importancia de ser instruido adecuadamente por un compañero más veterano en el servicio de traumatología.

## 6 Bibliografía

1. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
2. Orden del 28 de mayo de 1984 por la cual se modifican determinados artículos del Estatuto personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad social, regulando la función administrativa en 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. SESCAM. Temario y tes. Volumen 2. España. ERadio ediciones. 2017.

## Capítulo 407

# EL FONTANERO Y LAS SOLDADURAS DE TUBERIAS

JAIME LOPEZ LOZANO

DAVID ABAD GONZÁLEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

## 1 Introducción

Las uniones formadas por fusión o adhesión se denominan frecuentemente ”soldadura”.
Una de las tareas típicas que realizan los fontaneros es esta. Los dos tipos diferentes de uniones son los siguientes:
• Unión por fusión: este método de unir dos objetos implica calentar sus bordes o superficies, que se funden y luego se solidifican.
• Unión por adhesión: Se utiliza una varilla o material de aporte que se funda a menor temperatura evita que se fundan los metales a unir. Para que el metal de aportación se adhiera a ellos, se deben calentar a una temperatura suficientemente alta.
Los distintos tipos de soldadura se describen con más detalle a continuación y varían según el proceso de unión y el material:

• Soldadura con oxígeno y acetileno. Es un subproducto de la llama de oxi-acetileno, que puede encenderse a temperaturas extremadamente altas.
• Soldadura con arco eléctrico. Para lograr esto se utiliza una varilla de metal conocida como ”electrodo” y un equipo de soldadura por arco eléctrico.
• Soldadura a baja temperatura. Las antorchas y lámparas alimentadas por propano y butano son los aparatos más utilizados.
La soldadura blanda se producirá utilizando una aleación de plomo y estaño con un 50% de estaño. Utilizando una aleación de estaño, plata y antimonio, se fabrica un tipo diferente de soldadura blanda.

## 2 Objetivos

Dar a conocer las principales soldaduras que hay para que el fontanero arregle las tuberías de la caldera a los distintos departamentos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se buscaron unos artículos relevantes en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline y Google para incluirlos en este capítulo, así como para realizar una revisión de la literatura. También se usó para la búsqueda el buscador Bing.

## 4 Resultados

Dependiendo de los materiales que se vayan a unir, los fontaneros deben emplear las siguientes técnicas de soldadura:
1. Las bocas de los dos tubos están abocardadas en una y achaflanadas en la otra para preparar mejor los bordes de los tubos para el acoplamiento.
2. Hay un tubo entre los otros dos.
3. Soldadura. Para realizar este proceso, primero se calienta suavemente el área a soldar antes de frotarla con estearina, una grasa para soldar con propiedades lubricantes y solventes que ayudan a que el metal de aportación se adhiera a la superficie.
El punto de soldadura se alcanza colocando allí una varilla de metal de aportación de aleación de estaño-plomo y calentándola con una lámpara o soplete hasta que

se funda y se adhiera a las uniones de los tubos.
Tubos de cobre:
La unión del tubo de cobre se realiza mediante soldadura capilar. La base de este sistema es la capacidad de los líquidos de ascender entre las paredes de los materiales.
Esta propiedad establece que el tubo debe introducirse dentro del manguito con un pequeño espacio entre ellos para poder soldarse. El metal de ”soldadura”, también conocido como metal de aportación, sube a través del espacio libre mencionado anteriormente cuando se calienta. El fenómeno capilar mencionado anteriormente hace que el metal de aportación suba más fácilmente a medida que se hace más pequeño. Ambos deben calibrarse con precisión del mismo modo.
Para los tubos es posible cualquier dirección, como horizontal, vertical, etc. preparado para realizar este tipo de soldadura.
Al finalizar se requiere limpieza de las soldaduras. Después de remojar las piezas en agua caliente con un 10% de sosa cáustica, frota las piezas con un paño para eliminar cualquier residuo de quitaóxido restante.

## 5 Discusión-Conclusión

Dependiendo del resultado deseado, se encuentran disponibles una variedad de técnicas de soldadura. En la mayoría de ellos, los componentes se funden esencialmente y se fusionan ”simplemente” con altas temperaturas. Aunque existen otras opciones, la soldadura de estado sólido es una de ellas.
En pocas palabras, la soldadura es el proceso de unir de forma segura piezas metálicas. Calentando los metales y fundiendo las dos piezas se hace posible esta unión.
La soldadura se puede utilizar para diversas tareas y con diferentes sustancias. Debido a que las diferentes técnicas de soldadura se pueden dividir en categorías según el tipo de material, la máquina de soldar y el tipo de trabajo a realizar, los profesionales de plomería deben recibir capacitación especializada para manejar varios tipos de soldadura.

## 6 Bibliografía

1-www.scielo.org
2-www.google.com

## Capítulo 408

# EL FONTANERO Y LA LIMPIEZA DE DESAGÜES OBSTRUIDOS EN UN HOSPITAL

JAIME LOPEZ LOZANO

DAVID ABAD GONZÁLEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ALVARO FERRE NAVARRO

## 1 Introducción

Las instalaciones de drenaje deben ser sencillas y sin complicaciones, centrándose en proporcionar a los líquidos la ruta más directa al colector, evitando caminos extremadamente estrechos y cerrados en la medida en que puedan retenerse en partes curvas y evitando sobrecargar drenajes y tuberías, con descargas que van más allá de lo realmente necesario.
Como ya sabemos por qué es necesario el mantenimiento regular del sistema de plomería por parte de los plomeros en las instalaciones hospitalarias, es importante estar atento a las señales de advertencia obvias de que es necesario realizar el procedimiento. Es obvio que está obstruido por algún motivo, porque el agua no puede salir fácilmente y puede regresar por el plato de ducha o los sanitarios.

Los malos olores son otro claro indicador de ello, y pueden ir acompañados de insectos como moscas, cucarachas e incluso ratas alrededor de las tuberías, creando un ambiente intolerable. Una señal similar de que la tubería está bloqueada, ya sea por algo como la presión del aire u otra cosa, es el gorgoteo del agua cuando el grifo está abierto.
Después de todo esto, es hora de abordar algunas causas de las obstrucciones en los desagües, como el papel, el envejecimiento, las bolsas de plástico y el exceso de cabello.

## 2 Objetivos

Explicar cómo los fontaneros que pertenecen al servicio de mantenimiento reparan obstrucciones u otros problemas con los desagües.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 diseño del mecanismo del inodoro determinará el tipo de reparaciones que deberá realizar el personal de fontanería de un hospital.
Para eliminar obstrucciones en drenajes sanitarios con trampas individuales, normalmente es necesario abrir los tapones de las bocas de acceso de las trampas y eliminar los desechos acumulados.
Utilizando una bomba de goma, un alambre o una pistola de aire comprimido, la solución se aplica ocasionalmente mediante succión.
Si los electrodomésticos no tienen sifón, deberás pasar directamente al sifón después de levantar la tapa. Si la obstrucción continúa, intente insertar una sonda especial a través de la obstrucción y dentro del sifón. Una vez que haya localizado la obstrucción, elimínela girando la sonda.
La sonda destapadora del inodoro se debe utilizar de forma similar a la anterior,

con la varilla introducida lo máximo posible y girándola hasta eliminar la obstrucción.
La bajante generalmente se bloquea cuando alguno de los inodoros de los electrodomésticos no drena correctamente. Se abrirán los tapones de registro y se insertará una sonda.
Frecuentemente, es necesario conectar el desagüe correspondiente de un electrodoméstico nuevo a una instalación existente para poder instalarlo. Dado lo desafiante que es cambiar la instalación, existen algunos accesorios especializados que pueden usarse para injertar o conectar el nuevo sumidero a la red adecuada.
Consta de una extensión en el extremo superior que sirve para conectar el tubo correspondiente, un racor en ángulo con una placa para fijarlo al tubo inferior del otro lado y una placa. La bajante se perfora en el diámetro interno del accesorio para poder posicionarlo. Para garantizar un sellado hermético después de la perforación, se utiliza una junta de goma gruesa para sujetar el accesorio al orificio. Luego se aprieta el accesorio mediante la brida, que abraza el tubo por detrás y presiona la placa o brida con la ayuda de tornillos que cierran la brida. Presionando todo el conjunto contra el tubo se consigue un cierre hermético.

## 5 Discusión-Conclusión

Cuando se insertan tuberías de desagüe en paredes, suelos, etc. es imprescindible evitar encerrar tuberías y evitar que se expandan o contraigan, se ofrecen manguitos aislantes.
Debido al uso frecuente de numerosos dispositivos que los desgastan y a estos problemas, ocasionalmente se producen averías en las tuberías que pueden impedir el normal funcionamiento de los centros hospitalarios. Para evitar estar sin grifo durante mucho tiempo, tener que retener el agua en un desagüe atascado o tener que soportar el ruido constante de la cisterna, los fontaneros deben actuar con rapidez para no comprometer el buen funcionamiento del grifo de un establecimiento de salud.

## 6 Bibliografía

www.bing.es

## Capítulo 409

# EL FONTANERO Y LAS PRINCIPALES FUNCIONES EN UN HOSPITAL

JAIME LOPEZ LOZANO

ALVARO FERRE NAVARRO

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

DAVID ABAD GONZÁLEZ

## 1 Introducción

Los hospitales deben mantener sus instalaciones de acuerdo con un conjunto de reglas bastante definidas que se basan en principios rectores. Por este motivo, es fundamental determinar qué implica el mantenimiento y sus distintos tipos. Porque será más sencillo poner en práctica todas sus ventajas, descubrirlas será más sencillo.

Hoy en día, la industria de la fontanería es crucial, especialmente en los hospitales. Por su competencia en una amplia gama de tareas, los fontaneros son uno de los profesionales que todos requerimos en el día a día. Los profesionales de fontanería realizan una amplia variedad de tareas, por lo que en las siguientes secciones analizaremos algunas de las más habituales.

El mantenimiento regular y las reparaciones inmediatas se incluyen en la categoría de mantenimiento y reparación a cargo del personal de plomería. Solucionar problemas, reemplazar o reparar piezas dañadas, probar y asegurarse de

que el sistema esté funcionando correctamente son todos los pasos del proceso de reparación.
Si las tuberías se congelan, es posible que el personal de enfermería deba realizar reparaciones de emergencia, especialmente durante el invierno.
Para evitar cualquier incidente que involucre a pacientes o usuarios, el personal de fontanería debe actuar con rapidez ante cualquier avería en las instalaciones sanitarias.

## 2 Objetivos

Comprender las principales responsabilidades, funciones y deberes del personal de fontanería 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

Estas son las tareas más habituales que realiza el personal de fontanería en un hospital, aunque no son las únicas:
• Con la aprobación de un plomero autorizado, se pueden instalar sistemas tanto de agua potable como no potable. Para determinar si en esta situación se necesita una bomba más potente, primero se debe medir la presión del agua. Cualquier problema con el agua, ya sea que esté relacionado con agua potable o no potable, será su responsabilidad solucionarlo.
• Eliminación de fugas: de manera similar, un plomero puede ayudarlo a evitar fugas de agua provocadas por fugas. Si ya sucedieron, será el encargado de solucionarlos. La mejor persona para despedirse de las filtraciones es él.
• Desatascar las tuberías: si las tuberías del hospital empiezan a oler mal o a obstruirse, un plomero autorizado puede encargarse del problema. Las tuberías ya no emitirán malos olores como consecuencia del trabajo del fontanero.

• Instalación del grifo: Un plomero es la mejor persona para ayudarlo con esto, ya sea que necesite ayuda en la cocina o el baño. Él es el encargado de recomendar los mejores materiales en función de tus requerimientos y situación financiera. Además, instalará todo más adelante para garantizar que funcione perfectamente.
• La instalación y mantenimiento del sistema de calefacción.
• Mantenimiento de trampas: Los filtros que sirven como parte de las trampas esenciales de los sistemas de drenaje de aguas residuales en las tuberías y olores desagradables en el baño. Estas partes están cerca de la evacuación propia del dispositivo y están fabricados en materiales poliméricos o metálicos. Las trampas se limpiarán al menos una vez cada seis meses o tan pronto como se obstruyan. Para registrarlos se suelen utilizar juntas y tapones de goma.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal de mantenimiento de un hospital de todo tipo debe realizar una serie de tareas cruciales para que funcione sin problemas.
Los objetivos establecidos en el plan de mantenimiento del hospital son el foco principal de cada tipo de mantenimiento.
Realizando un mantenimiento preventivo, herramienta fundamental e imprescindible, los profesionales de fontanería pueden salvaguardar las instalaciones hospitalarias.
Los profesionales de fontanería deben actuar con rapidez ante cualquier avería en las instalaciones sanitarias para evitar cualquier tipo de incidencia que involucre a pacientes y usuarios.
Por su competencia en una amplia gama de tareas, los fontaneros son uno de los profesionales que todos requerimos en el día a día.

## 6 Bibliografía

www.google.es

## Capítulo 410

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

MONICA FERNANDEZ LÓPEZ-MENCHERO

SORAYA NOGALES PIQUERAS

LAURA GARRIDO ORMEÑO

MARÍA JOSÉ MEDIONA MORALES

ALICIA SÁNCHEZ POBLETE

## 1 Introducción

El departamento de farmacia de un hospital es de suma importancia en el sistema de atención médica por diversas razones. El departamento de farmacia es responsable de proporcionar medicamentos y productos farmacéuticos necesarios para el tratamiento y la atención de los pacientes. Esto garantiza que los pacientes reciban los medicamentos adecuados y en las dosis correctas, lo que es esencial para su recuperación.

Además, la farmacia juega un papel fundamental en la seguridad del paciente al verificar las interacciones medicamentosas, las alergias y las contraindicaciones. Esto ayuda a prevenir errores de medicación y garantiza que los pacientes reciban tratamientos seguros y efectivos. El departamento de farmacia lleva un riguroso control de inventario para garantizar que los medicamentos y suministros estén

disponibles en todo momento. Esto evita escasez o desperdicio de recursos, lo que puede afectar negativamente a la atención del paciente (1).
Los farmacéuticos y personal de la farmacia brindan asesoramiento experto a médicos, enfermeras y pacientes sobre el uso adecuado de los medicamentos, sus efectos secundarios y las alternativas disponibles. Esto contribuye a un manejo efectivo de las condiciones médicas y a la prevención de problemas relacionados con los medicamentos. Y es que el departamento de farmacia se adhiere a las regulaciones y normativas gubernamentales relacionadas con el almacenamiento, la distribución y el manejo de medicamentos. Esto garantiza el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad.
En algunos hospitales, el departamento de farmacia también participa en investigaciones clínicas y en la evaluación de nuevos medicamentos y terapias. Esto puede conducir a avances en el tratamiento médico. Por lo tanto, una gestión eficiente del inventario y la selección de medicamentos genéricos de alta calidad pueden ayudar a reducir los costos de atención médica para el hospital y los pacientes.

## 2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en cuanto a el departamento de farmacia de un hospital.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el departamento de farmacia de un hospital, ya que contribuye al funcionamiento eficiente de este servicio de atención médica. Además de mantener registros actualizados de los

pacientes, incluyendo la información médica relevante y los medicamentos recetados, el auxiliar se encarga de la recepción y registro de pedidos, asegurando un control estricto sobre los niveles de inventario y la solicitud de productos necesarios. También prepara y etiqueta los medicamentos de acuerdo con las normativas y políticas de seguridad, garantizando la identificación correcta de cada medicamento con el nombre del paciente, la dosis y las instrucciones de administración (2).

El control de inventario es esencial, permitiendo el seguimiento constante de los niveles de existencias de medicamentos y suministros, y notificando a los superiores cuando se requieren pedidos adicionales o se detecta una posible escasez. El auxiliar administrativo también actúa como punto de contacto entre el personal médico, de enfermería y farmacia, resolviendo dudas, proporcionando información sobre medicamentos y facilitando la coordinación de la atención al paciente. Además, se encarga de la facturación y el registro de datos, registrando todas las transacciones relacionadas con medicamentos y presentando informes necesarios para el departamento de contabilidad y facturación (3).

Para garantizar el cumplimiento normativo, el auxiliar se asegura de que todas las actividades relacionadas con la farmacia cumplan con las regulaciones y normativas pertinentes, incluyendo las relacionadas con la privacidad y la seguridad de la información médica. Colabora en la eliminación segura de medicamentos vencidos o no utilizados, siguiendo los protocolos adecuados para el manejo de desechos peligrosos. Además, brinda un servicio amable y cortés a los pacientes que acuden a la farmacia, respondiendo a sus preguntas y ayudándoles a comprender las instrucciones de sus medicamentos.

Mantener la limpieza y organización de la farmacia es otra responsabilidad clave del auxiliar administrativo, lo que facilita el acceso a los medicamentos y la realización de tareas de forma eficiente. Por lo tanto, el auxiliar administrativo en el departamento de farmacia de un hospital desempeña un papel esencial en la gestión y administración de medicamentos y suministros, contribuyendo a garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Su trabajo requiere precisión, atención a los detalles y un conocimiento sólido de las regulaciones relacionadas con la farmacia y la atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el departamento de farmacia de un hospital al brindar soporte administrativo esencial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro en la gestión de

medicamentos y suministros farmacéuticos.
Sus funciones incluyen la gestión de expedientes, la recepción y registro de pedidos, el etiquetado y empaque de medicamentos, el control de inventario, la comunicación con el personal médico y de enfermería, la facturación y el registro de datos, el cumplimiento normativo, la asistencia en la gestión de residuos y la atención al paciente. Gracias a su labor, el departamento de farmacia puede cumplir con su responsabilidad de proporcionar tratamientos seguros y efectivos, contribuyendo así a la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes en el entorno hospitalario.

## 6 Bibliografía

1. https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria.
2. https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/.
3. https://cursodeauxiliardefarmaciaonline.com/funciones-de-un-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria/.

## Capítulo 411

# TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA TRJETA SANITARIA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

REBECA FLORES MORCILLO

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

## 1 Introducción

Tras las traducciones médicas, la iniciativa de crear un documento que identificara a cada ciudadano con la condición de asegurado a través de un sistema de base de datos nació en enero de 2003, cuando seis Comunidades Autónomas decidieron fusionar la base de datos de asegurados y nació la Carta. Esta iniciativa fue posteriormente copiada por varias comunidades autónomas. La tarjeta sanitaria es un documento personal e intransferible que garantiza la igualdad de acceso a la atención sanitaria en el sistema estatal de salud, independientemente de la edad del ciudadano y de la identidad que recibe el acceso a los servicios médicos.
La atención sanitaria es la prestación de servicios básicos de atención sanitaria o comúnmente conocidos como médicos de familia, cuidados de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, así como farmacias previa emisión de

recetas, medicina electrónica, etc. Además de la atención especializada, especialistas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y en definitiva todo lo relacionado con el mantenimiento de la salud. Tienen derecho a atención médica:
Empleados de la asociación, jubilados o beneficiarios de prestaciones sociales, así como personas desempleadas que se hayan quedado sin prestaciones por desempleo o prestaciones por desempleo, dependientes de los sujetos antes mencionados. Este derecho está reconocido por el Instituto Nacional del Seguro Social.

## 2 Objetivos

-Conocer el protocolo de actuación del auxiliar administrativo para la emisión de la tarjeta sanitaria individual 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

Cuando un usuario necesita solicitar o asistir a una consulta médica en el centro sanitario de pertenencia, siempre, para pedir la cita, debe presentar la tarjeta sanitaria individual al auxiliar administrativo que le atiende. Esta tarjeta sanitaria individual es la garantía que tiene el usuario de una asistencia sanitaria gratuita y en todo el territorio nacional.
No siempre el usuario necesitado de una atención médica tiene la tarjeta sanitaria individual, y es por este motivo, que el auxiliar administrativo, tiene la función de la emisión de la misma. El auxiliar administrativo pedirá amablemente al usuario que presente, en caso, de ser una persona extranjera, el certificado de nacionalidad o en su caso, el contrato de trabajo, que le permita obtener los beneficios de la tarjeta sanitaria.
El auxiliar administrativo rellena todos los datos en el programa informativo para tarjetas sanitarias, con los datos, que el usuario le ofrece, tanto verbalmente, como los reflejados en los documentos presentados, informando al beneficiario

de la emisión de un certificado, que le entregará, hasta la remisión a su domicilio de la tarjeta sanitaria en soporte físico. Mientras tanto, el usuario, con el certificado entregado, que hará la sustitución de la tarjeta hasta su envío, podrá presentarlo en cualquier centro sanitario público.
En otros casos, el usuario, es un transeúnte temporal, es decir, que su domicilio consta en otra comunidad autónoma, pero por motivos laborales, se encuentra viviendo durante un tiempo determinado en la comunidad autónoma de su trabajo. En estos casos, el auxiliar administrativo emitirá un certificado provisional o tarjeta provisional temporal, cuya duración es de seis meses, le asignará un médico de cabecera, el que tenga la agenda con menor número de pacientes, y una enfermera, mientras dura su estancia en la comunidad autónoma que lo acoge.
Todas las altas en tarjeta sanitaria que realiza el auxiliar administrativo, se remiten al ministerio competente en salud, para un exacto control de los usuarios del sistema nacional de salud, así como, a la consejería de salud de la comunidad autónoma correspondiente.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo en la emisión de la tarjeta sanitaria individual realiza una función comprometida y responsable. No son pocos los usuarios que solicitan la tarjeta sanitaria individual sin un domicilio concreto o sin documentación de su nacionalidad o contrato de trabajo. Esta labor del auxiliar administrativo no está exenta de la corresponsabilidad en la emisión, existen mafias organizadas dedicadas a la falsificación y venta de las tarjetas sanitarias, como en el caso, de la venta a emigrantes que llegan al país.
Del mismo modo, el auxiliar administrativo, tiene que estar actualizando continuamente los datos que la consejería de salud, y el ministerio de sanidad, publican diariamente, sobre requisitos y usos de la tarjeta sanitaria.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 412

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO.

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

REBECA FLORES MORCILLO

## 1 Introducción

En todos los centros sanitarios, tanto de primaria como de especializada, existe un servicio de urgencias, que se encarga de atender a los pacientes que requieran de servicios médicos urgentes, cabiendo la posibilidad de un posterior ingreso en planta si fuera necesario por la gravedad del asunto, o incluso una derivación a otro centro sanitario.
Cuando un paciente acude al servicio de urgencias, independientemente de que sea un centro de atención primaria o de atención especializada, en el área de Admisión, la primera persona que les atiende es el auxiliar administrativo. Su labor principal es la recepción de pacientes y seguidamente registrarlos, para que así posteriormente, los facultativos sanitarios puedan acceder a su historia clínica y facilitar su trabajo. Asimismo, los auxiliares administrativos también

realizan una labor de filtro, para así guiar y servir de apoyo a los sanitarios antes de comenzar el triaje.
Trabajar como auxiliar administrativo en el servicio de admisión de urgencias del hospital no solo conlleva la labor de recepción de pacientes; siempre previa solicitud del médico, también se ocupan de otras tareas, como pueden ser:
-Ingreso de pacientes de urgencias a planta.
-Ingreso de pacientes con operaciones programadas.
-Traslado de pacientes de unas plantas a otras, salidas o entradas de Unidad de Cuidados Intensivos o UCI.
-Petición de ambulancias, bajo prescripción médica.
-Dar altas de los pacientes ingresados en planta

## 2 Objetivos

- Exponer la organización de la unidad de admisión de hospitalización.
- Mostrar y describir las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de admisión de hospitalización.

## 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 la unidad de admisión de hospitalización trabajan auxiliares administrativos y administrativos bajo la dirección del Coordinador de Admisión. Este servicio gestiona todo lo relacionado con los ingresos hospitalarios.
Un paciente puede ingresar por varios circuitos:
- El paciente es citado para una especialidad en consultas externas y el facultativo considera que necesita ingresar con carácter urgente o de manera programada. En este caso, el paciente se dirigirá a la unidad de admisión de hospitalización y entregará la orden de ingreso al auxiliar administrativo para su posterior asignación de cama. En este caso, el ingreso se realizará desde consultas externas.

- Tras una cita en una consulta externa, el facultativo responsable del paciente considera que debe ser incluido en lista de espera quirúrgica para una intervención programada.

A continuación, vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de admisión de hospitalización:

- Recepcionará las órdenes de ingreso procedentes de consultas externas.
-Mecanizará las órdenes de ingreso de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica, ya sea en formato papel o informáticamente.
-Cuando realice el ingreso de un paciente, comprobará todos los datos personales, nombre, apellidos, dirección, número de teléfono, rellenando todos los campos que estén incompletos.
-Será el encargado de gestionar la asignación de camas teniendo en cuenta la especialidad médica en la que ingresa al paciente, la patología y la edad.
-Realizará los justificantes de hospitalización a pacientes y familiares que así lo soliciten.
-Realizará el préstamo de las historias clínicas a la unidad correspondiente.
-Gestionará los traslados que sean solicitados por el personal facultativo, tanto de servicio como de cama.
-Cuando un paciente hospitalizado necesite ser aislado, se pondrá en contacto con el Servicio de Medicina Preventiva y previa autorización por este, procederá a su aislamiento.
-Resolverá las dudas y preguntas que sean planteadas por pacientes y familiares referentes al proceso de hospitalización.
-También gestionará los traslados de los pacientes ingresados que pertenezcan a otra área sanitaria poniéndose en contacto con su hospital de referencia y aportándoles la documentación necesaria.

Como podemos observar, las labores del auxiliar administrativo son imprescindibles para funcionamiento del circuito de hospitalización.

## 5 Discusión-Conclusión

La unidad de admisión de hospitalización gestiona todo lo relacionado con el acto clínico de hospitalización. Es por ello que los auxiliares administrativos que trabajan en esta unidad estarán en continuo contacto con los jefes de servicio de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. El Coordinador de Admisión será el encargado de supervisar el correcto funcionamiento del servicio y de actualizar y comunicar los protocolos y directrices indicadas por la dirección del hospital.

Para la correcta realización de su trabajo el auxiliar administrativo deberá conocer todo el circuito de hospitalización y los protocolos de trabajo, siendo muy cuidadoso a la hora de introducir datos, pues son de especial relevancia al tratarse de información sanitaria de carácter personal, protegida por la Ley de Protección de datos.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 413

# LA ACTUACIÓN DEL CELADOR A LA ENTRADA DE URGENCIAS

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

## 1 Introducción

Urgencias es la unidad asistencial que, bajo la responsabilidad del médico coordinador de urgencias, se ocupará de la atención sanitaria de pacientes con problemas de origen diverso y gravedad variable, que conllevan procesos agudos necesitados de atención inmediata.

El servicio de urgencias es un área que forma parte del hospital y del centro de salud, que se encontrará ubicado cercano a la puerta de entrada, pudiendo tener su entrada propia pero diferente de las demás áreas del hospital. Así se facilita la llegada de los pacientes necesitados de atención médica inmediata.

El servicio de urgencias estará operativo todos los días del año las 24 horas del día, tanto en atención primaria como en atención especializada.

Un paciente puede acudir al servicio de urgencias de diferentes formas:

-Derivado de su centro de salud a través del médico de atención primaria.
-Derivado por el servicio de urgencias de atención primaria.
-Derivado por el servicio de urgencias extrahospitalarias.
-Por iniciativa propia del paciente o de sus familiares.

Vamos a adentrarnos en las funciones que el celador debe realizar en la unidad de urgencias de un hospital. Aquí es donde encontraremos más cantidad de dispositivos sanitarios y será donde mejor podemos observar un gran número de tareas que el celador va a desempeñar.

## 2 Objetivos

Enumerar y explicar las funciones del celador en la entrada de urgencias, como primera persona que tiene contacto con el paciente que acude a dicha área a 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 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 celador en la Puerta de Urgencias deberá ser flexible y tener un alto grado de adaptabilidad, ya que se va a encontrar situaciones que pueden cambiar. Sus funciones serán:

-Recibir a todo aquel paciente que se presente en la puerta de Urgencias, saliendo a su encuentro, lo acompañará cuando sea capaz de caminar por su propio pie o situándolos en una silla de ruedas o en una camilla, dependiendo de lo que su estado requiera. Por ejemplo, a un paciente que llega con una fractura de rodilla lo colocará en una silla de ruedas con soporte apropiado para inmovilizar la pierna afectada.

-Trasladar al paciente al mostrador de admisión de urgencias y así pueda el personal administrativo tomar los datos personales necesarios para su asistencia sanitaria. Si se diera la situación de que su estado de salud no le permitiera esperar para completar dicho trámite administrativo, lo trasladará automáticamente a la zona de triaje o consulta que sea procedente.

-Sustentar la entrada de Urgencias adecuadamente provista de carros y camilla. Igualmente, cubrir las mismas con una sábana, quitándola en el momento que ya haya sido utilizada.

-Encargarse de que el paciente se presente en la zona de boxes o consulta de Urgencias, acompañado únicamente por el número de personas permitido (habitualmente un familiar o ninguno).

-Dejar acceder solo a las personas autorizadas para ello.

-Vigilar que las personas que lo acompañen autorizadas a permanecer en el interior de la zona de boxes o consultas, no deambulen por otras partes de la instalación no autorizadas.

-Controlar que los pasillos, así como cualquier otra zona de circulación, estén debidamente despejadas al público.
-Instar a los acompañantes a que esperen en la Sala de Espera a ser informados por megafonía o directamente de los cambios de la asistencia que el paciente esté recibiendo.

-Trasladar a los pacientes a:
Sala de espera de pacientes.
Sala de yesos.
Sala de Observación.
Radiología.
Consultas Externas.
Servicios Diagnósticos.

Cualquier Unidad del Hospital a la que haya de trasladar al paciente para que se le realicen las pruebas necesarias.

Los enfermos serán movilizados a pie, en camilla o en carro, dependiendo de lo que requiera su estado.

-Trasladar a las parturientas al paritorio o lugar de Urgencias de Tocoginecología.

-Desplazar a los pacientes encamados a la hora de ingresar en planta de hospitalización, transportando la documentación del ingreso realizado en admisión.
-En el supuesto de que no haya cama para un paciente que ha de ingresar, el celador se dispondrá a traer una desde la Unidad del Hospital donde se encuentre.

-Notificar a los allegados de los enfermos que vayan a ingresar en planta para que los puedan acompañar.

-Transporte de documentación:
Hojas de interconsulta
Petición de analítica.
Pedidos de almacén, fungibles, lencería, farmacia…
Partes de mantenimiento.

-Transportar a urgencias el material adecuado desde lencería como almohadas o mantas.

-Trasladar al Servicio de Mantenimiento Electromédico los instrumentos médicos estropeados, y transportar a Urgencias dichos instrumentos una vez reparados.

-Ayudar en la inmovilización y sujeción mecánica, si se diera el caso (con ataduras con correas especiales) de los pacientes mentalmente alterados.

-Sujetar a los enfermos a los que se les efectúa un lavado gástrico o cosido de suturas.

-Asistir al personal sanitario a la hora de colocar férulas de yeso y yesos en general al los enfermos, cuando por alguna particularidad sea requerido.

-Auxiliar al personal sanitario a la hora de lavar a los enfermos (en Sala de Observación) y a la hora de realizar pruebas (como una punción lumbar a realizar a los pacientes encamados en Observación)

-Ayudar al personal sanitario a realizar placas radiográficas, ya sean portátiles en Sala de Observación, o las habituales en el Servicio de Radiología.

-Asistir al personal sanitario de Observación a realizar la preparación de los cadáveres.

-Trasladar a los fallecidos (exitus) desde Urgencias hasta el Tanatorio del Hospital, y situar a los cadáveres en las cámaras frigoríficas.

## 5 Discusión-Conclusión

Aunque siempre se ha considerado a la figura del celador como un mero transportador de lo que cualquier superior le confiera, tanto objetos físicos como el hecho de que siempre se haya tenido a este profesional como un mero camillero, la idea de que sea la primera persona con la que tenga contacto el enfermo supone que el celador se puede considerar, en este caso de su ocupación en la recepción de pacientes en la entrada de urgencias como la ”primera línea de defensa” del sistema sanitario en casos tanto de urgencias como de emergencias. Esta posición le confiere una situación de responsabilidad y utilidad absolutamente necesarias para el buen funcionamiento de la sanidad en todos los centros hospitalarios.

## 6 Bibliografía

EL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Curso Formación Carpe Diem. Universidad de Nebrija.

## Capítulo 414

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA

REBECA FLORES MORCILLO

MIRIAM GALÁN GÓMEZ

JAVIER ORTEGA ZALDIVAR

SALVADOR GALLEGO CASTAÑO

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

## 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.
La receta electrónica es un sistema que nos permite realizar de forma automática el uso de computadoras y nuevas tecnologías en la prescripción, seguimiento y distribución de medicamentos. Los pacientes deberán aportar su tarjeta sanitaria individual como identificación para poder acceder a la receta electrónica y recibir sus medicamentos. El médico es el encargado de escribir las recetas de los medicamentos, que aparecerán en tu receta electrónica. Tras recibirlo, el paciente debe acudir a la farmacia con su tarjeta personal de identificación sanitaria para poder acceder a la dispensación del medicamento que le ha sido prescrito.

## 2 Objetivos

Introducir la funcionalidad de la receta electrónica en relación con el puesto de 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

El experto principal encargado de tener acceso es el auxiliar administrativo, ya que pueden tramitar las reclamaciones pertinentes o consultar los medicamentos de los que se encuentran actualmente activados en su receta electrónica respecto a las recetas que quedan pendientes. Por otro lado, nunca podremos crear o recetar los medicamentos de la receta electrónica sin la ayuda de un profesional médico. Los pacientes ahora tienen un acceso más rápido a sus medicamentos gracias al uso de las recetas electrónicas, que también tienen una serie de ventajas e inconvenientes.
Estos son algunos de los principales beneficios del sistema:

-Manera fácil de buscar el historial de medicamentos.
- Rápido acceso de los pacientes a sus medicamentos.
-Habilitar a los profesionales para hacer su trabajo.
-Disminuir las visitas de los pacientes al médico, ya que esto es beneficioso para los pacientes.
-disminuir la duración de las listas de espera de los centros de salud.
-Dispensar más rápidamente una variedad de los medicamentos.
-Permitir la evaluación del médico de cualquier incompatibilidad entre los medicamentos recetados de un paciente y/o el curso del tratamiento.
- Mejora de la eficiencia para pacientes con enfermedades crónicas.
-Uso de consultas telefónicas en lugar de presenciales para estos procesos.
- Interoperabilidad entre comunidades autónomas.
-Acceso más rápido del paciente a los medicamentos.
-Mejorar el calibre de la atención del paciente. Es muy importante señalar la contribución que esto ha hecho al resultar en una disminución de la carga de trabajo que existía en la atención primaria. Dado que el médico tiene un control sobre cómo se dispensa cada uno de los medicamentos, esto es crucial para poder garantizar un consumo responsable de los medicamentos. Esto reduce la prevalencia de la automedicación en la población general

## 5 Discusión-Conclusión

Dado que agilizó mucho estos procesos para toda la población, la adopción de la receta electrónica en los servicios de salud se ha traducido en una mejora en el acceso de los pacientes a los medicamentos. Debido a que el médico tiene control sobre cómo se administra cada medicamento, se pueden disminuir las tasas de automedicación dentro de la población. Esto lo hace crucial cuando se trata de usar medicamentos de manera responsable. Una novedad en la aplicación de las nuevas tecnologías en esta nueva era digital que nos rodea es la prescripción de estos medicamentos en papel que parecen haber quedado atrás.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 415

# EL CELADOR Y EL CONTACTO CON UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

JENNIFER MORENO MORENO

SHEILA GARCÍA PEREZ

ISABEL PADRÓ ZAPATA

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

## 1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria, este tipo de enfermedad afecta generalmente a los pulmones, en raras ocasiones puede afectar a otras partes del cuerpo como son los riñones, la columna vertebral, y el cerebro. Los cuales los gérmenes se propagan de una persona a otra a través del aire. Las personas que tienen este tipo de enfermedad son propagadas a las personas sanas cuando la persona contagiada, tose, estornuda, habla, etc. Este tipo de enfermedad no se contagia por el contacto, sino de manera respiratoria.
Dentro de un hospital hay una serie de unidades donde el personal, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, estos están en contacto directo con estos pacientes, por el cual son más fácil de que estos se contagien, vamos a nombrar cuáles son las unidades en las que podemos encontrar estos pacientes con tuberculosis:
-Urgencias.

-Medicina interna.
-Neumología.
-UCI
-Diálisis.
A parte de estas zonas de hospitalización, también hay que prestar sumamente cuidado en aquellos servicios donde se realicen exploraciones pulmonares, broncoscopio, tratamiento de aerosoles, inducción del esputo, etc.
-Laboratorios de microbiología.
-Servicios de microbacterias.
-Anatomía patológica.
El método más eficaz para combatir este tipo de infecciones caudadas por estos agentes es la inmunización y el uso de los antibióticos, estos hacen que desaparezcan las bacterias causantes de la tuberculosis.

## 2 Objetivos

- Desarrollar de manera detallada las medidas preventivas que tiene que tener el celador cuando vaya a estar en contacto con un paciente que tenga tuberculosis.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 una planta de hospitalización, cuando hay sospecha de un paciente que puede estar contagiado por tuberculosis, cada vez que se vaya a pasar a la habitación donde el paciente se encuentre tanto el celador, como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, como enfermería debe de tener en cuenta estos aspectos:
Se debe de utilizar un equipo de protección individual (EPI), que lo componen de los siguientes utensilios: guantes, mascarilla, protección ocular, bata de un solo uso y calzas.

-La higiene de manos se deberá de hacer antes y después, de haber utilizado guantes, o de haber estado en contacto directo con el paciente, para realizar la higiene de manos es preferible la utilización de soluciones alcohólicas o jabón neutro sin antiséptico.
-Guantes: deben de usarse siempre que se vaya a tener contacto con el paciente, independientemente de que el paciente esté sano, los guantes se deberán de cambiar entre procedimientos realizados con el paciente. Estos se deberán de cambiar los más rápidos posibles antes de tocar tanto superficie como material. Seguidamente, se deberá de hacerse un lavado de manos.
-Mascarillas y gafas de protección: la utilización de las gafas, esto hace que se eviten salpicaduras de cualquier tipo, ya sean fluidos corporales, etc. El uso de la mascarilla, esto hace que no se respiren las partículas de salivas que puedan quedar en el ambiente.
-Bata: protege que la ropa de los celadores pueda ser manchada de los fluidos corporales, esta bata se deberá de quitar nada más que se salga de estar en contacto con el paciente. Esto hace que se evite el contacto de unos pacientes a otros o entre los trabajadores.
-Calzas: las calzas se deberán de colocar en los zapatos para entrar a las habitaciones, con esto se consigue que los zapatos se mantengan limpios de microorganismos o de bacterias.

## 5 Discusión-Conclusión

Cada vez es más habitual que el celador este en contacto con pacientes que tengan alguna enfermedad contagiosa. El saber de los celadores y el buen saber de los protocolos que han de seguir cuando se estén en contacto con este tipo de pacientes, esto hace que no se tenga tanto riesgo de que el celador pueda ser infectado por este tipo de enfermedades contagiosas.
El celador, como el resto del personal de una planta de hospitalización, juega un papel importante, creando un gran ambiente de trabajo y de satisfacción tanto personal como laboral, haciendo llegar a las metas establecidas, durante su vida laboral. 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 416

# EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

## 1 Introducción

En el desempeño de las funciones de los celadores, su actuación se extiende a todas las unidades de los centros en los que desarrollan su actividad. Como resulta ser en la puerta principal, en urgencias, en planta de hospitalización, en quirófano, en las diferentes unidades de radiología, en rehabilitación, en cuidados intensivos, en psiquiatría, en farmacia, en el animalario, en la sala de autopsias, así como el resto de dependencias hospitalarias donde el celador resulte destinado.

Aparte de todas las funciones especificas que se deben desarrollar en todas y cada una de las distintas unidades de un hospital, como norma general y de aplicación para todos los centros, entre las labores de los celadores destaca el traslado de pacientes, el movimiento de documentos y objetos, la vigilancia y custodia del centro donde trabaja, la movilización de los enfermos, la ayuda al personal sanitario y otras tareas auxiliares que sus superiores les encomienden, dependiendo, como hemos dicho, del área hospitalaria donde realicen su trabajo.

Las funciones del celador a tenor de la documentación clínica las podemos traducir en la tramitación o traslado de las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que sus superiores les hayan encargado. Igualmente el traslado de aparatos y mobiliario de unos servicios a otros.

## 2 Objetivos

Informar sobre las funciones del celador en relación con el traslado de documentos y objetos.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 celador en el traslado de documentos y objetos se va a desarrollar de la siguiente manera:

A) TRAMITACIÓN DE COMUNICACIONES VERBALES:

Los celadores notificarán a sus iguales, jefes y subalternos las transmisiones verbales (instrucciones, misivas, comunicados…) que sus superiores les hayan sugerido, o bien, expertos acreditados por encargo de éstos.

B) TRASLADO DE DOCUMENTOS:

Un documento es la atestación sustancial de una acción hecha en el desempeño de su actividad por organismos o personas físicas, jurídicas, públicas o privadas, conservado en una unidad informática en algún tipo de soporte de de comprensible entendimiento.

La idea de documento conlleva, entonces, mucho más que el mero documento escrito. De ahí que distingamos varios tipos de documentos:

1.- Según su forma:

-Gráficos: manuscritos, Historias Clínicas.
-Tipográficos: libros impresos y fotocopias.
-Iconográficos: retratos, grabados, fotografías, microfichas, planos, ilustraciones, radiografías.
-Plásticos: sellos, monedas, medallas.
-Fónicos: discos, CDs de música.
-Audiovisuales: vídeos, diapositivas, películas.
-Informáticos: disquetes, CD ROM, cintas magnéticas.

2.- Según su origen:

-Primarios: historias clínicas, folletos, catálogos, libros.
-Secundarios: revistas de sumarios, de resúmenes o citas.
-Terciarios: perfiles bibliográficos.

Los celadores desplazarán habitualmente los siguientes documentos:

-Hojas de interconsulta.
-Pedidos al Almacén General, Farmacia, Lencería, Almacén de Fungibles.
-Partes de mantenimiento.
-Historias Clínicas.
-Peticiones y resultados de pruebas diagnósticas y analíticas (arteriografías, radiografías, urografías, ecografías…)
-Peticiones de ambulancia.
-Partes de quirófano.
-Peticiones de citas.
-Órdenes de hospitalización.

C) TRASLADO DEL CORREO:

Correspondencia interna o externa, cartas, revistas, impresos…

D) TRANSPORTE DE OBJETOS:

Algún objeto de utilización en un hospital: medicamentos, cajas, envases, carros, tubos y muestras y enseres

E) TRASLADO DE APARATOS Y MOBILIARIO:

Fotocopiadoras, muebles, proyectores, aparatos electrodomésticos.

Si hubiera peones en el equipo del hospital, se precisarán las funciones que éstos y los celadores van a ocupar en cuanto al traslado de aparatos y mobiliario.

La forma en que los encargados encomendarán a los celadores el traslado de documentos, objetos, correspondencia, aparatos y mobiliario no ha de ser siempre por medio de un mandato oral de forma directa. Lo más común es advertir mediante escrito los cometidos que van a incumbir a los celadores de cada unidad, y su realización se puede hacer por decisión o impulso del celador, o por solicitud de otros trabajadores que, si no son sus encargados, su origen proviene de aquellos.

OTRAS FUNCIONES:

Ahora vamos a detallar, a parte de lo ya relatado anteriormente, otras actividades usuales del celador en relación al traslado de objetos y documentos:

-Distribuir en el centro la correspondencia.
-Poner en manos de los compañeros, superiores o público avisos verbales y escritos.
-Diligenciar los pedidos al almacén, y acopiar el material una vez que esté listo, igual que trasladarlo del almacén a la unidad conveniente.
-Llevar las historias cínicas del Archivo a las Unidades del Hospital: plantas de hospitalización, consultas, diagnósticos, servicios.
-Transporte de portafirmas a partir de las unidades de administración asistenciales hasta las pertinentes Jefaturas o Direcciones para que firmen o anoten estos manuscritos y, de ser apropiado, retornarlo a las unidades de procedencia.
-Reinstaurar los colchones, desplazando al almacén los antiguos y asiendo de tal lugar los nuevos.
-Cambiar componentes de lencería (fundas de colchón, almohadas) de igual forma que hacemos con los colchones.
-Los celadores que trabajen el el almacén desempeñaran la tarea de conducir el material al interior del mismo.
-El celador de quirófano va a llevar los aparatos del área de quirófanos que los profesionales sanitarios le demanden.

## 5 Discusión-Conclusión

A tenor de lo establecido anteriormente, entendemos que los celadores pueden desarrollar un papel importante en su función de prestar asistencia en el traslado de objetos y documentos.

Destacamos la importancia del transporte de aparatos solicitados por el personal sanitario en las áreas de quirófano y lo que supondría la no realización de dicha tarea para el correcto funcionamiento de dicha sección.

Para incidir aun más en la relevancia de estas funciones del celador, cabe mencionar que el notorio incumplimiento de sus funciones y la desobediencia a las órdenes o instrucciones de un superior suponen una falta muy grave respecto al régimen disciplinario del personal no sanitario. Esto puede suponer hasta la separación del servicio.

En resumen, se trata de una función vital para el correcto funcionamiento de las instituciones sanitarias.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 417

# EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN QUE DEBE DE CONOCER

JENNIFER MORENO MORENO

ISABEL PADRÓ ZAPATA

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

SHEILA GARCÍA PEREZ

## 1 Introducción

El celador es la persona que es el encargado junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en la movilización de los pacientes.
Dentro del hospital dependiendo en la zona en la que se encuentre el celador, en el caso de que el celador se encuentre en la zona de hospitalización, en ella se va a encontrar pacientes que no se pueden mover por sí solos, los cuales el celador con la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tendrán que hacerle los diferentes cambios posturales al paciente para evitar que se le produzcan al paciente úlceras por presión.
Para efectuar este tipo de movimientos al paciente se deberá de tener en cuenta una serie de normas que vamos a detallar a continuación:
- El celador y el TCAE adoptarán las medidas higiénicas que sean necesarias.

- Colocar la cama en la posición que sea necesaria para movilizar al paciente.
- Se frenará la cama, para evitar que se realicen desplazamientos innecesarios.
- Se deberá tener cuidado si el paciente lleva sueros, drenajes, sondas, etc.
- Se deberá de seguir las instrucciones tanto del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como enfermería, para realizar las movilizaciones que sean necesarias para la movilización del paciente.
- Se deberá de evitar movimientos bruscos al paciente durante el tiempo en el que se le esté realizando la movilización. La movilización no debe ser un proceso traumático para el paciente, el cual cada vez que se le vaya a realizar una movilización se le debe de explicar lo que se le va a hacer.
- En caso de que sea necesario para las movilizaciones se podrán usar ayudas mecánicas como es el caso de grúa.

## 2 Objetivos

Desarrollar cuáles son las principales movilizaciones que debe de saber un celador dentro de un hospital, independientemente que se encuentre en el área de hospitalización, urgencias, quirófano.

## 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

Vamos a desarrollar de manera detallada cuáles son las principales movilizaciones que debe de conocer un celador: movilización para subir al enfermo hacia la cabecera de la cama, pasar al enfermo de una cama a una camilla, traslado de una cama a una silla de ruedas.

1. Movilización para subir al enfermo hacia la cabecera de la cama:

Si el paciente no colabora, dependiendo del peso que tenga el paciente, se entrelazaran las manos de un celador con el otro por debajo de los hombros y de la misma manera en la cadera, siguiendo una coordinación entre el TCAE y el

celador. En este tipo de movilizaciones se debe de colocar una entremetida en la cama, esto hace que facilite la movilización al celador y al TCAE, produciéndole el menor impacto posible al paciente.
2. Movilización del paciente de la cama a la camilla:
Se le explicará la paciente de que va a ser movido de una cama a una camilla, se colocara en paralelo la camilla con la cama, seguidamente se frenara, se llevara al paciente con ayuda de una sábana en posición decúbito lateral derecho, mientras que el otro compañero le meterá debajo del paciente y de la sabana una tabla antideslizante, posteriormente cogerá la otra persona del otro lado de la sabana y se pasara al paciente con un pequeño movimiento suave, para poder sacarle la tabla antideslizante al paciente se colocara al paciente en decúbito lateral izquierdo y se tirará de la tabla antideslizante, posteriormente se colocará al paciente para que se sienta cómodo.
3. Movilización del paciente de la camilla a la silla de ruedas:
Se le explicará la paciente que se le va a realizar una movilización de la cama a la silla de ruedas, se colocara la silla de ruedas paralela a la cama y a la altura de su cadera del paciente, posteriormente se cogerá al paciente rodeándole con los brazos bajo los suyos y con las rodillas flexionadas, sentándolo en la silla de ruedas, en caso de que sea necesario la utilización de la grúa se podrá utilizar.

## 5 Discusión-Conclusión

La figura del celador, cobra cada vez más importancia, llegando a ser necesaria en cualquier planta de hospitalización, ya que junto a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los encargados de realizar las diferentes movilizaciones al enfermo hasta que son dados de alta, por ello la gran importancia del saber bien los tipos de movilizaciones que se pueden encontrar junto a los pasos necesarios para que se realicen las movilizaciones de manera correcta, sin causar un daño al paciente.
Esto hace que se le transmita una buena confianza y seguridad tanto a los familiares como al propio paciente haciéndolo que se sienta más seguro durante su ingreso en el hospital.

## 6 Bibliografía

1. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html
2. https://revistamedica.com/movilizacion-paciente-cama-camilla-celador/

3. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/celad_lectura_06.pdf

## Capítulo 418

# LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA REPERCUSION SOBRE SU SALUD

TAMARA LOPEZ MARTIN

## 1 Introducción

La atención de urgencia según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad queda definida como aquella atención que se presta al paciente en la cual la situación clínica del mismo le obliga a una atención sanitaria inmediata.
El ciudadano es el encargado de decidir de qué forma accede a los servicios de urgencias demandando la asistencia que precisa a través del Centro Coordinador de Urgencias (por vía telefónica) o acudiendo a las urgencias de Atención Primaria, en caso de no estar el consultorio abierto, o a las urgencias de Atención Hospitalaria. De igual modo, independientemente del lugar de residencia, en todo caso, la respuesta sanitaria debe ser la más adecuada posible en todo momento, garantizando calidad humana y técnica.
Los servicios de urgencias tanto de hospitalización como de Atención Primaria son establecidos por las administraciones sanitarias competentes, de manera que, a nivel general se encuentran compuestos por un equipo de profesional sanitario (médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería…) y otro no sanitario (administrativos, celadores, personal de seguridad y de limpieza…) constituyendo todo un equipo multidisciplinar.
En la Atención Hospitalaria el Servicio de Admisión de Urgencias se encuentra ubicado en la entrada a las urgencias siendo el personal administrativo el primero

en estar en contacto con el paciente tras su llegada centro sanitario y considerándose decisiva en muchas ocasiones una rápida actuación por su parte para posteriormente triarios, si fuera necesario, y atenderlos lo antes posible. Asimismo, se considera conveniente la implementación de nuevas tecnologías e informatización para garantizar una ágil actuación por parte de este personal.

## 2 Objetivos

- Analizar el motivo por el que son relevantes las funciones administrativas tanto para la calidad asistencial como para la organización de la urgencia.
- Averiguar qué actividades realiza el personal administrativo para ser considerado como profesional integrado en el equipo multidisciplinar de urgencias.
- Especificar las funciones que el personal administrativo realiza en el servicio de urgencias.
- Conocer los problemas de salud que pueden experimentar los auxiliares administrativos durante el desempeño de su trabajo en el servicio de urgencias.

## 3 Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente respecto al tema. Se han tomado como referencia diversas bases de datos y se han seleccionado artículos englobados en diferentes revistas. Para obtener la información se han empleado una serie de palabras clave que han permitido conocer los datos necesarios para realizar la revisión bibliográfica.

## 4 Resultados

La labor por parte del personal administrativo en los servicios de urgencias de Atención Especializada y Atención Primaria se engloban dentro de la atención integral que se aplica al paciente cuando acude a solicitar una atención médica urgente, ya que de ella dependerá en gran medida la asistencia que se preste al paciente y la calidad de la misma. De este modo, el personal administrativo se convierte en parte necesaria del equipo multidisciplinar, puesto que sus labores son consideradas fundamentales al ser la primera persona con la que mantiene contacto el paciente al acudir al servicio de urgencias.
Dentro del equipo multidisciplinar, las funciones que lleva a cabo el personal administrativo son: aportar información y guiar al usuario, registrar a toda per-

sona que acuda a solicitar atención sanitaria urgente, recoger los datos de afiliación del paciente mediante tarjeta sanitaria, DNI, cartilla de Seguridad Social o cualquier otro documento oficial, crear y abrir historias clínicas indicando el motivo de demanda de atención urgente, abrir episodios en las historias clínicas con la causa por la que acuden al servicio de urgencias, informar a familiares sobre cómo proceder en diversas situaciones (localizar donde está atención al paciente, donde está ingresado el paciente, protocolos de la organización a seguir, etc.), planificar cronogramas de actividades, realizar cambios de ubicación al paciente tras recibir una orden ya sea por fallecimiento, alta o traslado a otra habitación o unidad, ayudar a realizar las reclamaciones de los usuarios, proporcionar la información necesaria en caso de situación judicial, copago, cobro a terceros, etc., dar citas de forma presencial o telefónica y gestionar la atención telefónica.
Cabe destacar igualmente, que hay diversas funciones específicas que realiza el personal administrativo como son:
- Crear basándonos en los datos obtenidos listas y estadísticas de la actividad asistencial.
- Tramitar solicitudes de transporte sanitario.
- Tener en cuenta los diferentes protocolos de admisión.
- Mantener el secreto profesional de la información que ha recibido de los pacientes que han acudido a urgencias y le han explicado el motivo por el cual precisan atención de urgencia.
- Cumplir con funciones afines a la naturaleza del cargo y que sean de su competencia.
- Proporcionar información al usuario sobre el centro; horarios de apertura y cierre y ubicación de consultas.
Del mismo modo, la mayoría de los auxiliares administrativos que trabajan en el hospital, en especial, los que prestan atención a usuarios que acuden en situaciones de urgencias suelen sufrir muchos problemas de salud derivado de la asistencia que prestan incluso pudiendo interferir en el desempeño de sus funciones como son la fatiga, el estrés, molestias oculares, dolores de extremidades superiores por el uso repetitivo de teclado y pérdida de visión por el uso prolongado de pantallas.

## 5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo adquiere una función fundamental en el servicio de urgencias, pues son los responsables de registrar la entrada de información de los pacientes que acuden a servicios de urgencias para que luego el equipo multidis-

ciplinar del cual forma parte pueda continuar brindado una atención de calidad, rápida, eficaz y eficiente al paciente. Gracias a su labor contribuye al buen funcionamiento de esta área, además de ser un canal de comunicación importante para los familiares tanto proporcionándoles información de interés como en caso de ingreso de cómo ir a la planta, dar citas en caso de seguimiento en consulta, entre otros, y recopilar y almacenar toda la información al respecto del acto clínico por el que acude el paciente a través del sistema informático.

Teniendo en cuenta todas las funciones que desempeñan los administrativos, se puede considerar que sus funciones son cada día más importantes y no influyen solo en la calidad asistencial que va a recibir el usuario sino en la organización del servicio de urgencias.

Por último destacar que se considera fundamental cuidar la salud de estos profesionales y que el entorno favorezca el cuidado del mismo, pues no estar gozando de salud interfiere en que el propio profesional no pueda realizar sus funciones administrativas en urgencias de forma correcta, considerándose primordiales e imprescindibles.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/?utm_content=cmp-true
2. https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/
3. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12108
4. https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias#
http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0758.pdf

## Capítulo 419

# LOS SÍNTOMAS QUE LE PRODUCE EL ESTRÉS LABORAL A LOS CELADORES

SHEILA GARCÍA PEREZ

JENNIFER MORENO MORENO

ANA ISABEL ROJAS SANCHEZ

ISABEL PADRÓ ZAPATA

ELENA AGUDO DE LA CUERDA

## 1 Introducción

La figura del celador cada vez tiene un aumento de funciones y cada vez de mayor complejidad, esto hace que el celador en algún momento de su vida laboral, pueda sufrir estrés laboral, por lo que el saber los síntomas que le produce al cuerpo el estrés laboral, es de gran importancia, ya que, en el primer síntoma, el celador puede acudir a un médico para pedir ayuda y que la enfermedad no se le agrave. Vamos a explicar cuales son las situaciones que desenlaza que un celador pueda llegar a tener estrés laboral:

- Excesiva exigencia: esta situación se da cuando el celador no es capaz de hacer frente a las exigencias del trabajo, cuando estás en contacto directo tanto con el paciente como con los familiares.
- Falta de autocontrol y autonomía: no tener el control ante posibles contingencias, esto hace que aumente la sensación de estrés.

- Apoyo inadecuado: este es uno de los apartados mas importantes dentro de un entorno laboral, el no poder contar con un apoyo de compañeros, esto hace que aumente el estrés, llegando a sufrir acoso laboral.
- Falta de información: el celador deberá de conocer su entorno laboral y cualquier tipo de cambio que se le suceda deberá de comunicarlo a sus superiores para evitar que tanto él como el resto de sus compañeros pueda sufrir algún tipo de estrés laboral.

## 2 Objetivos

Vamos a desarrollar de manera detallada cuales son los diferentes síntomas que puede sufrir un celador cuando sufre estrés laboral dependiendo del bloque en el que se encuentre.

## 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 en alguna etapa de su vida laboral puede sufrir estrés laboral, vamos a desarrollar de manera detallada cuales son los síntomas que puede tener dependiendo del grupo al que pertenezcan.
Vamos a ver cuales son los tres grandes bloques de síntomas que pueden dar respuesta al estrés laboral:
-Síntomas físicos: dentro de los síntomas físicos encontraos aquellos que afectan a la salud del celado, son los siguientes:
*Trastornos cardiovasculares: hipertensión, aumento de la frecuencia cardiaca, en caso de mayor gravedad puede llevar a sufrir un infarto o una angina de pecho.
*Trastornos respiratorios: hiperventilado, esto es provocada por una respiración rápida, acelerada, llegando a producir la sensación de mareo.
*Trastornos inmunológicos: estar expuestos a niveles tan altos de estrés esto hace tener una disminución del sistema inmunológico del celador, provocando gripes,

neumonía, etc. Esto se debe a una disminución de las defensas del celador.
*Trastornos gastrointestinales: como pesadez en el estómago, vómitos, estreñimientos, etc.
*Trastornos dermatológicos: aparición de acné, herpes, eccemas, etc.
*Trastornos musculares: dentro de estos el problema más común e el bruxismo (presión que se ejerce de manera involuntaria de la mandíbula con frotación entre los dientes), pueden provocarse también contracturas, y sobre todo sobrecarga en la zona cervical.
*Trastornos de sueño: insomnio, despertares nocturnos acompañados de taquicardias, problemas para poder conciliar el sueño.
-Síntomas psíquicos:
*Aumento del nerviosismo y ansiedad.
*Irritabilidad sin causa aparente.
*Presencia de pensamientos negativos, estos aparecen de manera espontánea.
*Falta de motivación en el trabajo y en la vida personal.
*Problemas a la hora de concentrarse.
*Sentimiento de angustia y de miedo.
*Cambios de humor repentinos.
-Síntomas conductuales:
*Muestras sociales de hostilidad: agresividad verbal, estado permanente de enfado, etc.
*Escapará de la situación estresante: esto puede generar como consecuencia al aumento del absentismo laboral.
*Aumento de consumo de sustancias tranquilizantes estimulantes, como un aumento de la cafeína, tabaco, etc.
*Disminución del tiempo de ocio, vida social, y vida íntima.
*Disminución del rendimiento en las tareas a realizar, por una falta de activación, o por un exceso de actividad.

## 5 Discusión-Conclusión

Cada vez son más los celadores que alguna vez en su vida laboral, sufren de estrés laboral, este tipo de enfermedad es callada, porque no se sabe cuáles son los síntomas que se tienen ante la aparición de esta enfermedad, y cuando se dan cuenta ya necesitan que sean dados de baja para poder tener una pronta recuperación.
La figura del celador es de gran importancia, el buen conocimiento de los protocolos que debe de conocer el celador, esto hace que el paciente y los familiares se

encuentren cómodos y seguros durante su estancia en el hospital hasta que son dados de alta.

## Capítulo 420

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

BEATRIZ MATAS SARMIENTO

YOLANDA TAPIOLES NUEVO

ANTONIO RUIZ ENCINAS-REY

NOELIA ACOBI MARTINEZ

MARÍA DEL MAR ACOBI MARTINEZ

## 1 Introducción

El auxiliar administrativo realiza una serie de tareas que serán examinadas en este trabajo como parte del equipo de atención primaria de salud.
Agenda de citas, atención telefónica, gestión de tarjetas sanitarias, gestión de expedientes, etc. son las principales funciones de este grupo. Utiliza ordenadores, teléfonos, escáneres, fotocopiadoras y otras herramientas para completar su trabajo. Turriano, Mambino y Tarjeta Sanitaria son los tres principales programas informáticos que supervisará en el Sescam. Debe tratar a los pacientes con profesionalismo y defender la privacidad de la información a la que tiene acceso.
El auxiliar administrativo suele ser el primer miembro del equipo de atención médica con el que interactúa el paciente en el centro de salud, y la atención primaria suele ser la primera interacción del paciente con la atención médica. Por

ello, se debe poner énfasis en la atención al paciente, tanto presencial como telefónica, como uno de los pilares de este modelo, así como la precisión y eficacia en la creación de las funciones que desempeñará el auxiliar administrativo dentro del centro de salud de atención primaria.
Los pacientes deben presentar la documentación necesaria para cada trámite, según el auxiliar administrativo.
En este entorno, es fundamental tener fuertes habilidades interpersonales y de comunicación.

## 2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades de un auxiliar administrativo en el ámbito de la atención primaria, prestando especial atención al centro sanitario.
- Compartir información sobre el diseño y funcionamiento de la organización.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda y recogida de información en diversos libros y revistas, así como en Internet y fuentes bibliográficas físicas. También se han revisado las leyes pertinentes. Además, se refleja el conocimiento que proviene de la experiencia profesional.

## 4 Resultados

La gestión de citas para médicos, pediatras y enfermeras, así como para otros profesionales como dentistas, matronas o trabajadores, es una de las muchas funciones que llevará a cabo el auxiliar administrativo en los centros de salud y oficinas locales.
También supervisará los horarios de los profesionales antes mencionados y atenderá a los pacientes tanto de forma presencial como telefónica.
Turriano es el nombre del programa informático que se utiliza para gestionar horarios y agendas.
Asimismo, el auxiliar administrativo supervisará las citas para consultas iniciales de atención especializada, citas para análisis y citas para diversas pruebas que sean recomendadas por el personal médico del centro de salud.
Mambrino será el programa informático utilizado para programar citas con especialistas y pruebas que se envían para atención especializada.

La gestión de la tarjeta también será competencia del auxiliar administrativo en los centros sanitarios de salud, incluidos todos los procedimientos que la acompañan. También se encargarán de nuevas altas, cambios de domicilio y gestión de personas desplazadas. En caso de ser necesario, atenderán las solicitudes de duplicado de tarjeta en el caso de que pérdida o robo del original así como la inclusión de beneficiarios en la tarjeta sanitaria del titular.
Siempre que el paciente lo solicite, también se realizarán cambios de médico y enfermera a petición del paciente.
Para la realización de estos trámites se utilizará el programa informático Tarjeta Sanitaria.
Los pacientes deben presentar la documentación necesaria para cada trámite, según el auxiliar administrativo.
Además de gestionar los pedidos de materiales para el centro de salud, el auxiliar administrativo también realizará solicitudes de ambulancia en nombre de los pacientes.
Además del software y hardware para las computadoras, el auxiliar administrativo también utilizará escáneres y fotocopiadoras para lograr esto.

## 5 Discusión-Conclusión

Dentro del equipo de salud de atención primaria en los centros de salud, el auxiliar administrativo juega un papel crucial.
En este entorno, programará citas con varios profesionales del centro de salud, por lo que brindar una excelente atención al paciente en persona y por teléfono es fundamental.
Además, se encargará de toda la gestión relacionada con la tarjeta sanitaria, incluida la tramitación de las primeras citas con el especialista, pruebas y análisis.
Es importante resaltar la consideración por el paciente que debe ejercer el auxiliar administrativo en el desempeño de sus funciones, así como su coordinación con los demás profesionales médicos que integran el equipo de atención primaria de salud.

## 6 Bibliografía

- https://congresosicepa.com
- www.scielo.org

## Capítulo 421

# LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EL PAPEL DEL CELADOR SANITARIO

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

CRISTIAN VALERO GARCIA

## 1 Introducción

La labor del celador sanitario en el ámbito hospitalario es esencial para garantizar una atención de calidad y el bienestar de los pacientes ingresados. Los pacientes hospitalizados a menudo se encuentran en situaciones de vulnerabilidad debido a enfermedades, cirugías u otros procedimientos médicos, y el celador desempeña un papel crucial en su experiencia hospitalaria. En esta introducción, exploraremos la relevancia y las responsabilidades del celador sanitario en el cuidado y la atención de los pacientes hospitalizados, destacando la importancia de su trabajo en el entorno hospitalario.

El papel del celador sanitario en el ámbito hospitalario es de suma importancia para garantizar un ambiente seguro y cómodo para los pacientes ingresados. Los pacientes hospitalizados suelen enfrentar situaciones de vulnerabilidad debido

a enfermedades, cirugías o tratamientos médicos, y el celador desempeña un papel fundamental en su experiencia hospitalaria. En esta introducción, exploraremos la relevancia y las responsabilidades del celador sanitario en la atención y el cuidado de los pacientes ingresados en un hospital.
Tanto el paciente como los familiares y compañeros que se encuentran junto al paciente hospitalizado suelen sufrir un desconcierto ya que se encuentran en una situación hostil así como en un entorno el cual desconocen su funcionamiento y su procedimiento.

## 2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar la eficacia de las distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en el acompañamiento de los pacientes y familiares de pacientes que están en el hospital.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas hacia el personal sanitario por parte del celador con pacientes hospitalarios.
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: (”hospital patients ” OR ”relatives hospital patients”) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker).

## 4 Resultados

Funciones del Celador Sanitario en el Ámbito Hospitalario:
• Traslado y Movilización de Pacientes: El celador es responsable de trasladar a los pacientes de manera segura y eficiente desde su habitación o área de ingreso

a otras áreas del hospital, como quirófanos, consultorios médicos, unidades de radiodiagnóstico o fisioterapia.
• Atención a las Necesidades Básicas: El celador ayuda a los pacientes con sus necesidades básicas, como levantarse de la cama, movilizarse en sillas de ruedas o camillas, y asistir en la higiene personal cuando sea necesario.
• Asistencia en Procedimientos Médicos: Durante procedimientos médicos o de diagnóstico, el celador puede colaborar con el personal de salud, preparando el equipo necesario y proporcionando apoyo emocional al paciente.
• Apoyo Emocional: El celador a menudo actúa como un punto de contacto para los pacientes, brindándoles apoyo emocional y tranquilidad, especialmente en momentos de ansiedad o preocupación.
• Mantenimiento del Orden y Limpieza: Contribuye a mantener la limpieza y el orden en las áreas de ingreso y tránsito de pacientes, lo que es esencial para prevenir infecciones y crear un ambiente agradable.
• Registro y Documentación: Puede ser responsable de documentar el horario de traslados y procedimientos, lo que es esencial para mantener un registro preciso de la atención al paciente.
Además, su actitud empática y profesionalismo son fundamentales para generar confianza y tranquilidad en los pacientes y sus familias. En definitiva, el celador sanitario es un miembro valioso del equipo de atención médica hospitalaria que trabaja incansablemente para mejorar la experiencia y el confort de los pacientes hospitalizados. Es por tanto la importancia del papel que juega el celador sanitario con este tipo de pacientes que se encuentran ingresados en un ámbito sanitario.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador sanitario en el ámbito hospitalario es de suma importancia para garantizar un ambiente seguro, cómodo y de atención integral para los pacientes ingresados. Sus funciones van más allá del traslado físico, ya que incluyen la asistencia en procedimientos médicos, el apoyo emocional, la atención a las necesidades básicas y la colaboración con el personal de salud.
El celador sanitario desempeña un papel esencial en la creación de un entorno hospitalario favorable para el bienestar de los pacientes. Su labor contribuye al cumplimiento de los objetivos de tratamiento y atención médica, asegurando que los pacientes reciban el cuidado necesario durante su estancia en el hospital.

# 6 Bibliografía

1. Agencia Sanitaria Poniente. (29 de noviembre de 2021). Investigación - Agencia Pública Sanitaria Poniente.
2. Catalán-Matamoros, D. (2018). La investigación en comunicación sobre los retos de salud pública. Revista Española de Comunicación en Salud, 9(2), 107-108.
3. Ghalavand, H., Panahi, S., & Sedghi, S. (2020). Opportunities and challenges of social media for health knowledge management: A narrative review. Journal of education and health promotion, 9, 144.
4. Olmedo, C., Buño, I., Plá, R., Lomba, I., Bardinet, T., & Bañares, R. (2015). La gestión de un Instituto de Investigación Sanitaria: hacia la investigación de excelencia a través de la mejora continua. Gaceta Sanitaria , 29(6), 458-460.
5. Peiró, S., & Artells Herrero, J. (2001). La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante técnica de grupo nominal. Gaceta Sanitaria, 15(3), 245-250.

## Capítulo 422

# EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL CELADOR DENTRO DEL ÁREA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

CRISTIAN VALERO GARCIA

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

## 1 Introducción

La labor del celador sanitario dentro del área de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de suma relevancia en el ámbito hospitalario. La UCI es un entorno crítico donde los pacientes requieren una atención médica intensiva y especializada debido a la gravedad de sus condiciones de salud. En esta introducción, exploraremos el papel esencial del celador en la UCI y cómo su desempeño sanitario contribuye al bienestar y la atención adecuada de los pacientes en situaciones críticas.

La UCI es un entorno altamente especializado donde se brinda atención a pacientes en estado crítico, como aquellos que han sufrido traumatismos graves, cirugías complejas o enfermedades críticas. Estos pacientes a menudo requieren monitoreo constante, cuidados intensivos y procedimientos médicos avanzados.

En este contexto, el celador sanitario desempeña un papel vital al colaborar en el traslado seguro de los pacientes, apoyar al personal de salud en la realización de procedimientos médicos y mantener un ambiente limpio y ordenado.
En el desarrollo de esta discusión, exploraremos las funciones y responsabilidades específicas del celador en la UCI, destacando cómo su labor contribuye al cuidado integral de los pacientes críticos y al funcionamiento eficiente de esta unidad hospitalaria de alta complejidad.
El desempeño sanitario del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos es de vital importancia para garantizar la atención de alta calidad a los pacientes críticos. Sus funciones van desde el traslado seguro de los pacientes hasta el apoyo emocional y la colaboración en procedimientos médicos. El celador contribuye al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente de la UCI, trabajando en estrecha colaboración con el equipo de salud. En resumen, el celador en la UCI desempeña un papel crucial en la atención de pacientes críticos y en la gestión de esta unidad especializada.

## 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 la unidad de cuidados intensivos.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas del celador en la unidad de cuidados intensivos hospitalaria.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

## 3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre julio de 2023 y octubre de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”intensive care unit” OR uci OR icu) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker).

# 4 Resultados

El desempeño sanitario del celador en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de suma importancia para garantizar la atención y el cuidado de los pacientes en condiciones críticas. La Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno hospitalario donde los pacientes requieren cuidados intensivos y especializados, y el celador desempeña un papel esencial en el funcionamiento de esta unidad. Exploraremos la relevancia y las responsabilidades del celador sanitario en la Unidad de Cuidados Intensivos, destacando su contribución al bienestar de los pacientes críticos y al trabajo del equipo de salud.

Funciones del Celador en la Unidad de Cuidados Intensivos:

• Traslado Seguro: El celador es responsable de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y viceversa, garantizando la seguridad y comodidad durante el proceso.

• Colaboración en Procedimientos: Puede asistir al personal médico y de enfermería en la realización de procedimientos médicos y técnicos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

• Mantenimiento del Orden y Limpieza: Contribuye a mantener un ambiente limpio y ordenado en la UCI, lo que es esencial para prevenir infecciones y asegurar un espacio adecuado para la atención médica.

• Apoyo Emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, actuando como un punto de contacto y proporcionando tranquilidad en momentos críticos.

• Registro de Información: Puede encargarse de documentar el horario de traslados y otras actividades, contribuyendo a mantener registros precisos de la atención.

El celador sanitario desempeña un papel integral en la Unidad de Cuidados Intensivos, contribuyendo a la atención de alta calidad de los pacientes en condiciones críticas. Su dedicación, profesionalismo y capacidad para trabajar en un entorno desafiante son fundamentales para el éxito del equipo de salud en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Es importante destacar que el trabajo del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) también implica una gran responsabilidad en la gestión de situaciones de emergencia y la colaboración estrecha con el equipo médico y de enfermería. Algunos puntos adicionales a considerar incluyen:

Preparación para Emergencias: Los celadores en la UCI deben estar preparados para responder rápidamente a situaciones de emergencia, como paros cardíacos o eventos críticos. Deben conocer la ubicación y el uso de equipos de resucitación

y estar listos para ayudar en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).
Colaboración Multidisciplinaria: La UCI es un entorno multidisciplinario donde el trabajo en equipo es esencial. Los celadores trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar la atención integral de los pacientes.
Sensibilidad y Empatía: Los celadores deben mostrar sensibilidad y empatía hacia los pacientes y sus familias, ya que a menudo se enfrentan a situaciones delicadas y emocionales. Ofrecer apoyo y comprensión puede marcar una gran diferencia en la experiencia de los pacientes y sus seres queridos.
Mantener la Confidencialidad: La confidencialidad de la información de los pacientes es fundamental en el entorno de la UCI. Los celadores deben ser conscientes de la importancia de proteger la privacidad y la información médica de los pacientes.
Formación Continua: La formación continua es esencial para mantenerse actualizado sobre las mejores prácticas y procedimientos en el entorno de la UCI. Los celadores deben participar en programas de capacitación y desarrollo profesional.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la UCI es variado y fundamental para garantizar la atención de calidad y la seguridad de los pacientes críticos. Su contribución al equipo de atención médica es invaluable, y su capacidad para mantener la calma y actuar en situaciones de emergencia es esencial para brindar una atención efectiva.

## 6 Bibliografía

1. Tobaldini, E., Cogliati, C., Fiorelli, E. M., Nunziata, V., Wu, M. A., Prado, M., Bevilacqua, M., Trabattoni, D., Porta, A. y Montano, N. (2013). One night on-call: Sleep deprivation affects cardiac autonomic control and inflammation in physicians. European Journal of Internal Medicine, 24(7), 664– 670. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2013.03.011
2. Barger, L. K., Runyon, M. S., Renn, M. L., Moore, C. G., Weiss, P. M., Condle, J. P., Flickinger, K. L., Divecha, A. A., Coppler, P. J., Sequeira, D. J., Lang, E. S., Higgins, J. S. y Patterson, P. D. (2018). Effect of Fatigue Training on Safety, Fatigue, and Sleep in Emergency Medical Services Personnel and Other Shift Workers:

A Systematic Review and Meta-Analysis. Prehospital Emergency Care, 22(sup1), 58–68. https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1362087
3. Proper, K. I., van de Langenberg, D., Rodenburg, W., Vermeulen, R. C. H., van der Beek, A. J., van Steeg, H. y van Kerkhof, L. W. M. (2016). The Relationship Between Shift Work and Metabolic Risk Factors. American Journal of Preventive Medicine, 50(5), Artículo e147-e157. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.013
4. Drake, C. L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J. K. y Roth, T. (2004). Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond that of Symptomatic Day Workers. Sleep, 27(8), 1453–1462. https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1453
5. Rosenbluth, G. y Landrigan, C. P. (2012). Sleep Science, Schedules, and Safety in Hospitals. Pediatric Clinics of North America, 59(6), 1317– 1328. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.001

## Capítulo 423

# EL TRASLADO EN EL AREA DE NEONATOLOGÍA Y LOS NEONATOS Y EL TRABAJO DEL CELADOR

CAROLINA JUÁREZ SÁEZ

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

RAFAELA CARRIÓN GONZÁLEZ

CRISTIAN VALERO GARCIA

CRISTOBAL DE LA CUEVA PACHECO

## 1 Introducción

El traslado de neonatos es una labor crítica dentro del ámbito hospitalario, y el papel del celador es esencial en esta área, especialmente en unidades como Neonatología. Los neonatos son recién nacidos que pueden requerir atención médica especializada debido a diversas condiciones de salud. En esta introducción, exploraremos la relevancia y las responsabilidades del celador en el traslado de neonatos y cómo su desempeño sanitario es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de estos pacientes vulnerables hospitalizados.

Los neonatos a menudo nacen prematuramente o con afecciones médicas que requieren cuidados intensivos. El traslado de estos pacientes desde la sala de partos o la unidad de cuidados intensivos neonatales hasta otras áreas del hospital, como salas de cirugía o unidades de diagnóstico, es una tarea delicada que exige

atención meticulosa y especializada. El celador sanitario desempeña un papel fundamental al asegurar que estos traslados se realicen de manera segura y eficiente, contribuyendo al cuidado integral de los neonatos y al apoyo a sus familias.
A lo largo de esta discusión, exploraremos las funciones y responsabilidades específicas del celador en el traslado de neonatos, resaltando la importancia de su labor en la atención pediátrica y neonatal en el entorno hospitalario.

## 2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar la eficacia de las distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en la unidad de neonatología hospitalaria.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas del celador en la unidad de neonatos.
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 agosto de 2023 y octubre de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”neonatology area” OR neonatology) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker).

## 4 Resultados

Dentro del contexto de traslado en el área de Neonatología, es esencial considerar algunas de las funciones y responsabilidades específicas que el celador desempeña para garantizar la seguridad y el bienestar de los neonatos:
• Preparación del Transporte: El celador debe asegurarse de que el equipo y las instalaciones de transporte estén en óptimas condiciones antes de iniciar el traslado. Esto incluye verificar la funcionalidad de las incubadoras o cunas térmicas, así como de los equipos de monitorización.

• Acompañamiento del Neonato: Durante el traslado, el celador debe acompañar al neonato en la incubadora o cuna térmica, brindando un monitoreo constante de la temperatura y otras condiciones del bebé.
• Comunicación con el Personal de Salud: El celador debe mantener una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería, informando sobre cualquier cambio en el estado del neonato durante el traslado.
• Mantener la Estabilidad del Neonato: Es fundamental que el celador se asegure de que el neonato se mantenga estable durante todo el proceso de traslado. Esto puede incluir la calibración de dispositivos médicos y la atención a las necesidades del bebé.
• Seguridad en el Traslado: El celador debe garantizar que el traslado se realice de manera segura y sin riesgos, evitando cualquier tipo de interrupción o incidente que pueda poner en peligro al neonato.
• Apoyo a las Familias: Además de cuidar al neonato, el celador puede brindar apoyo a las familias durante el traslado, respondiendo a sus preguntas y proporcionando tranquilidad en momentos de estrés.
En resumen, el celador desempeña un papel crítico en el traslado de neonatos en el área de Neonatología, asegurando que estos pacientes frágiles reciban la atención necesaria mientras se trasladan de manera segura a diversas áreas del hospital. Su labor contribuye al cuidado integral de los neonatos y al funcionamiento eficiente de la unidad de Neonatología.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el traslado de neonatos en el área de Neonatología es de suma importancia para garantizar la seguridad y el bienestar de estos pacientes recién nacidos que pueden requerir atención médica especializada. Algunas conclusiones clave son:
• Seguridad del Neonato: El celador desempeña un papel crucial en la seguridad del neonato durante el traslado, asegurándose de que estén en condiciones óptimas y monitoreándolos de cerca para detectar cualquier cambio en su estado.
• Colaboración Interdisciplinaria: La comunicación efectiva y la colaboración con el personal médico y de enfermería son esenciales para garantizar un traslado exitoso y seguro. El celador actúa como un eslabón importante en este equipo multidisciplinario.
• Mantenimiento de la Estabilidad: La estabilidad del neonato es de máxima importancia, y el celador debe tomar medidas para garantizar que se mantenga durante todo el proceso de traslado.

• Apoyo a las Familias: Además de su enfoque en el neonato, el celador puede proporcionar apoyo emocional a las familias, ayudando a aliviar sus preocupaciones y brindándoles confianza en el cuidado de sus bebés.
• Especialización en Cuidado Pediátrico: El traslado de neonatos requiere un nivel especializado de atención y conocimientos por parte del celador, que debe estar familiarizado con las necesidades específicas de estos pacientes.
En resumen, el celador sanitario desempeña un papel esencial en el cuidado y el traslado de neonatos en el entorno hospitalario, contribuyendo significativamente a la atención pediátrica y neonatal de calidad. Su dedicación y habilidades son fundamentales para garantizar que estos pacientes vulnerables reciban la atención necesaria de manera segura y eficiente.

## 6 Bibliografía

1. de Oliveira Azevedo VMG, Xavier CC, de Oliveira Gontijo F. Safety of Kangaroo mother care in intubated neonates under 1500 g. J Trop Pediatr. 2012;58(1):38–42.
2. Schultz D, Shindruk C, Gigolyk S, Ludington-Hoe SM, Kostandy RR. A standardized transfer procedure for fragile and intubated infants in the NICU. Birth Defects Res. 2019;111(15):1073–80.
3. Bidegain B, Milagro ME, Lacea E. Guía formativa EIR Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría [Internet]. 2017. Available from: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/FDB796ED-211E-4F85-8FFC9CA909D287EF/451339/27GUIAFORMATIVAEIRDEFUDMPediatria2.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. 2012;12. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf

## Capítulo 424

# LA RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

JUAN CARLOS CARRILLO GÓMEZ

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

ELOY PIQUERAS GONZALEZ

MARIA DOLORES NOLASCO PEREZ

MARIA ISABEL TOLEDO MARTINEZ

## 1 Introducción

Ingresar en el hospital supone un gran estrés psicológico igual para el enfermo como para la familia y allegados del mismo.
Hospitalizar a una persona conlleva separarla de sus seres queridos y dejar el hogar.
A todo esto hay que sumarle dificultades más prácticas como pueden ser gastos económicos adicionales a consecuencia de dicha situación, y complicaciones a la hora de llevar la casa o problemas de atención de los niños en caso de ingreso de alguno de los padres.
En resumen, el cambio de forma de vida habitual de la familia es claro mientras dura el ingreso y la recuperación del enfermo.
El apoyo de la familia es clave para que el paciente se recupere, con lo que habrá que fomentar que esta se involucre en todo el proceso, y asesorar a las familias para evitar situaciones de estrés que puedan provocar complicaciones.

El tiempo de hospitalización puede traer miedos y ansiedades a la familia, y cada uno de los miembros de esta las experimenta como puede o sabe, sobre todo si el paciente ha de pasar por el quirófano.
Cuando la familia acepta la situación de forma normal, esta ansiedad se comparte por y entre todos. Contrariamente, otras familias adoptan la ansiedad de enfermo hasta el punto de negar la realidad.

## 2 Objetivos

Averiguar cómo debe ser el comportamiento del celador tanto con el paciente como con los familiares y allegados de este durante la estancia hospitalaria.

## 3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en el estudio de trabajos universitarios y académicos que han sido realizados y la búsqueda de la legislación referente al tema que nos ocupa.

## 4 Resultados

La atención del celador al paciente:
Está basada fundamentalmente en el respeto al paciente, basándonos en que la función de un hospital es la de acoger y curar.
El paciente se siente en una situación de dependencia acentuada por el miedo a lo que le pueda ocurrir, lo incómodo de su nueva situación y que ya no tiene contacto con el exterior. Aun así, el enfermo tiene derecho a:
- Conservar su dignidad.
- Mantener su personalidad.
- Ser informado de su enfermedad.
- Comunicarse con el exterior de forma en que su enfermedad se lo permita.

Una vez que el paciente ha pasado por admisión y ha quedado hospitalizado, el celador va a salir a recibirlo. Este recibimiento es la primera terapia sanitaria que el enfermo va a recibir. Dicha acogida debe ser lo más tranquilizadora posible para el paciente y su familia. En el recibimiento, el celador:
- Tratará de que no se lesione.

- En caso de que sea un paciente psiquiátrico, quitaremos cualquier objeto cortante y lo sujetaremos, si es necesario, mecánicamente de pies y manos, sin permitir que queden extremidades libres hasta que no haya sido sedado.
- Disminuiremos sonidos, luces o temperatura agradable.
- Cogeremos sus pertenencias y objetos personales.
- Avisaremos del ingreso a los servicios auxiliares del hospital como cocina o lencería.

Cuando el enfermo esté más calmado, y aunque no lo esté, le proporcionaremos ropa, y comida y bebida si lo necesitará.

El celador será cordial para construir un ambiente de confianza en la que el paciente se pueda expresar con libertad. Debemos comunicarnos con el enfermo, escuchar sus preocupaciones, sus inquietudes, sus sentimientos.

Trataremos al paciente de la siguiente manera:

- Se le llamará por su nombre.
- Se tratará de inspirar sosiego y haremos que confíe en el hospital y en las personas que lo están tratando.
- Se le atenderá de forma amable y simpática.
- No debe percibir nuestros problemas personales, nuestro mal humor ni nuestras preocupaciones, ya que no son culpa suya.
- No comentaremos con él su enfermedad. El médico realizará esa tarea, informándolo mucho mejor que nosotros.
- No transmitiremos información de un paciente con otro.
- Le explicaremos al enfermo lo que se le va a realizar y por qué.
- Si está nervioso trataremos de relajarlo.
- Le daremos ánimos si lo encontramos triste o deprimido.
- Estimularle si lo encontramos temeroso o desprotegido.
- Le dedicaremos atención para que se percate de nuestro interés.

En ocasiones se le proporciona más información a la familia que al paciente, en caso de que este no esté en situación de recibir determinadas noticias, o queremos que se entere lo más tarde posible, tanto porque prosiga su estado de esperanza como para que no se estrese. Aun así, será el facultativo el que decide sobre la información que se ha de dar.

La atención del celador a los familiares:

El celador debe ser absolutamente comprensivo con la familia porque la hospitalización de un familiar puede causar a sus allegados trastorno emocional. La familia se puede sentir aliviada al ver que el enfermo está atendido, y puede sentirse culpable si traspasa la responsabilidad del paciente a otros.

Pero aparte de comprensivo con la familia, el celador también será firme. Debe explicarles con firmeza el horario de visitas, así como la cantidad de acompañantes que puede tener el paciente. También se les pedirá que hablen en voz baja para no molestar el descanso de otros enfermos
La información que compartirá el celador con los familiares será aquella referente a sus cuidados, como pueda ser información sobre su descanso o su apetito. Se abstendrá hacer comentarios médicos.
Debe vigilar que los familiares no proporcionen comida al paciente explicándoles que puede ser negativo para este.
Y por último, el celador puede ver cómo son las relaciones entre el paciente y sus familiares que pudieran ser interesantes por afectar en el ánimo del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Vistas las relaciones que el celador debe tener tanto con el paciente como con sus familiares y el ambiente que este debe tratar de crear entre todos ellos, podemos manifestar que el celador es directamente responsable del ánimo del paciente durante su estancia en el hospital. Ánimo que se antoja una parte importante a la hora de la curación y recuperación de su dolencia.
Una estancia agradable, un trato cordial y una atención personalizada pudiera contribuir en la disminución del agobio y el estrés que supone el internamiento en el centro sanitario tanto para pacientes como para familiares, y lograr así que la experiencia del paso por el hospital sea lo menos traumática y lo más agradable dentro de la situación y de lo posible.

## 6 Bibliografía

El celador en la sanidad. Curso de Formación Carpe Diem. Universidad de Nebrija.

## Capítulo 425

# EL PROFESIONAL CELADOR EN EL SERVICIO DE UNA FARMACIA HOSPITALARIA

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

TANIA SAUCEDO MERCADO

MARÍA NIEVES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAMÓN LARA LÓPEZ

## 1 Introducción

En el complejo entorno de atención médica, el servicio de farmacia desempeña un papel central en la administración segura y eficiente de medicamentos a los pacientes. En este contexto, los celadores se destacan como elementos fundamentales para garantizar el funcionamiento fluido y organizado de este crucial servicio.

Los celadores, también conocidos como asistentes de atención o auxiliares de farmacia, son profesionales que llevan a cabo una serie de funciones esenciales que abarcan desde la gestión de inventario hasta la interacción con pacientes y colaboración con el personal farmacéutico.

Una de las principales responsabilidades de los celadores en el servicio de farmacia es el mantenimiento y control riguroso del inventario de medicamentos

y suministros médicos. Esto implica llevar un registro preciso de las existencias, fechas de vencimiento y condiciones de almacenamiento adecuadas para cada medicamento. Mantener un inventario actualizado y en orden es crucial para evitar escasez o exceso de medicamentos, lo que podría tener un impacto negativo en la atención al paciente.
Además, los celadores también son encargados de preparar los pedidos de medicamentos para los diferentes departamentos y unidades de la institución médica. Esto involucra la correcta dispensación y empaquetado de los medicamentos según las prescripciones médicas y las necesidades de cada paciente. La precisión en este proceso es vital para asegurar que los pacientes reciban los tratamientos adecuados en las dosis y momentos indicados.

## 2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y completa sobre las responsabilidades y funciones del celador en el servicio de farmacia.
- Resaltar la importancia de las funciones del celador en la farmacia.

## 3 Metodología

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 rol del celador en la farmacia del hospital es vital para el funcionamiento eficiente y seguro de la distribución de medicamentos y productos farmacéuticos. Aunque el celador no está directamente involucrado en la dispensación de medicamentos, desempeña una serie de funciones esenciales para apoyar el trabajo de los profesionales farmacéuticos y garantizar que los procesos sean seguros y efectivos. Algunas de las funciones del celador en la farmacia son:
- Recepción y entrega de suministros: El celador puede ser responsable de recibir y entregar suministros farmacéuticos, incluyendo medicamentos, equipos médicos

y otros insumos necesarios para el funcionamiento de la farmacia.
- Transporte interno: El celador puede trasladar medicamentos y suministros desde la farmacia a diferentes áreas del hospital, como las unidades de hospitalización, consultas externas o quirófanos.
- Control de inventarios: El celador puede colaborar en la revisión y el mantenimiento de los niveles de inventario en la farmacia, asegurando que los suministros estén disponibles cuando se necesiten.
- Asistencia en el almacenamiento: El celador puede ayudar a organizar y almacenar medicamentos y productos farmacéuticos en los estantes y áreas designadas de la farmacia.
- Preparación de pedidos: Puede colaborar en la preparación de pedidos de suministros farmacéuticos para ser entregados a diferentes áreas del hospital.
- Desecho seguro: El celador puede contribuir a la disposición adecuada de medicamentos vencidos o no utilizados, siguiendo los procedimientos de eliminación segura.
- Mantenimiento del espacio: Puede colaborar en el mantenimiento y limpieza de las áreas de almacenamiento de la farmacia, asegurando que se cumplan los estándares de higiene.
- Colaboración con farmacéuticos: El celador trabaja en estrecha colaboración con los profesionales farmacéuticos para garantizar que los suministros estén disponibles y se distribuyan correctamente.
- Apoyo a profesionales farmacéuticos: Puede ser el responsable de buscar y llevar medicamentos o suministros específicos cuando son solicitados por los farmacéuticos.
- Cumplimiento de procedimientos: El celador sigue los procedimientos y protocolos establecidos para garantizar que los medicamentos y suministros se manejen de manera segura y de acuerdo con las regulaciones.

## 5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el papel del celador en la farmacia hospitalaria es de una importancia vital para el funcionamiento efectivo y seguro de los procesos relacionados con la distribución y gestión de medicamentos y suministros farmacéuticos. Aunque el celador no está directamente involucrado en la dispensación de medicamentos, su contribución es esencial para garantizar que los suministros estén disponibles, organizados y transportados de manera eficiente dentro del hospital.

El celador en la farmacia cumple funciones logísticas y de apoyo que tienen un impacto significativo en la atención médica y la seguridad del paciente.
En resumen, el celador en la farmacia es un eslabón esencial en la cadena de suministro y gestión de medicamentos en el entorno hospitalario. Su compromiso con la eficiencia, la seguridad y la colaboración interdepartamental refuerza la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes. La labor del celador, aunque a menudo detrás de escena, contribuye de manera significativa a la misión de proporcionar cuidados de salud integrales y seguros en el entorno hospitalario.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 426

# EL PROFESIONAL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSQUIATRÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

TANIA SAUCEDO MERCADO

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

RAMÓN LARA LÓPEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

## 1 Introducción

El término psiquiatría podemos definirlo como la rama de la medicina, dedicada al estudio de las patologías relacionadas con la salud mental de los pacientes, a su diagnóstico y como tratar dichos trastornos de la mente, del comportamiento y de las posibles adicciones, al igual que el tratamiento de los trastornos emocionales. Los psiquiatras tratan enfermedades como trastornos del neurodesarrollo, trastornos psicóticos, trastornos de esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos obsesivos, etc.
El celador sirve de apoyo a enfermería y al personal facultativo para realizar las respectivas contenciones cuando sea necesario y ordenado por dichos facultativos. Además realiza el control del paciente cuando le está permitido salir a fumar, cuando hay que acompañarle a las salas comunes y a las terapias, y todas

aquellas funciones de colaboración con el paciente para conseguir una conducta tranquila del mismo.
El celador es el encargado de vigilar cuando el paciente entra en las duchas y cuando se está aseando, evitando cualquier tipo de agresión al mismo o a sus compañeros.
Esta misma tarea de vigilancia la realiza en el comedor, ayuda a las enfermeras en la administración de la medicación.
El celador realiza otras muchas funciones que describiremos con posterioridad, ya que trata con pacientes con trastornos de personalidad y con trastornos del comportamiento, que hacen estar al celador en constante alerta para evitar todo tipo de autolesiones y lesiones a otros compañeros, de ahí que digamos que la función del celador es la de vigilar.

## 2 Objetivos

el objetivo principal consiste en Exponer cuáles son las funciones del celador en el servicio de psiquiatría 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 realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 psiquiatría debe de conocer las funciones que se desarrollan en esta unidad, que se recogen en los protocolos de actuación y normas de régimen interior y se basan en las necesidades asistenciales de este tipo de pacientes, entre ellas cabe destacar las siguientes:
- Ocuparse del entorno ambiental de los pacientes, subiendo las persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Proteger el descanso nocturno evitando hacer ruidos por la noche.
- Asistir a los pacientes que lo precisen en el aseo personal.
- Controlar que los pacientes que no quieren asearse lo realicen.

- Vigilar la entrada de las personas en dicha unidad.
- Controlar a los pacientes que se puedan provocar autolesiones(retirada de cualquier cable de las habitaciones y tener las ventanas cerradas con cerradura y el personal que entre en la habitación no lleve ni cadenas, ni bolígrafos, ni tijeras, etc.).
- Poner y quitar la medicación de los carros de unidosis, y si fuera necesario sería el encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger un pedido, incluyendo el transporte de medicamentos de la planta de hospitalización al servicio de la farmacia.
- Estar paseando con los pacientes por prescripción médica por afuera de la zona hospitalaria.
- Incentivar el ejercicio físico entre los pacientes.
- Dar el tabaco a aquellos pacientes que lo tienen consentido en su tratamiento.
- Controlar que haya orden entre los pacientes.
- Los pacientes que no colaboran con el tratamiento que tienen que tomar hay que colaborar con el personal de enfermería para administrarlos.
- Colaborar con el personal de enfermería en la reducción de un paciente agitado y poder poner una sujeción mecánica.
- Trasladar a los pacientes a las consultas que sean necesarias.
- Trasladar a los pacientes en el servicio de ambulancias.
- Guardar los pedidos en los almacenes.
- Trasladar la documentación sanitaria y no sanitaria, objetos y mobiliario de la unidad.

## 5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que están hospitalizados en las unidades de psiquiatría tienen unas particularidades concretas, y debemos de ser conscientes que tenemos que prestarles la atención que necesiten. El celador debe de ser empático y sobre todo en situaciones conflictivas debe de mostrar calma y seguridad. También debe de tener conocimiento en todo momento de la forma de reducir un paciente agresivo y conocer en su totalidad el manejo del material que se debe de utilizar como la sujeción mecánica. Este método solo se utiliza bajo orden médica y si los otros procedimientos de reducción no han dado resultado y evitar en lo posible el hacerle daño al paciente a la hora de colocarla y esté debe de ser siempre el último recurso que se debe de utilizar.

# 6 Bibliografía

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

## Capítulo 427

# EL PROFESIONAL DE CELADOR EN UN LABORATORIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

RAMÓN LARA LÓPEZ

ESTER MARTIN FERNANDEZ

CRISTINA MARTÍNEZ CHACÓN

TANIA SAUCEDO MERCADO

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

## 1 Introducción

El primer laboratorio clínico nos hace volver al año 1790, contaban con un espacio muy reducido, pero a la vez tenían lo necesario para comenzar con los primeros experimentos con las orinas de los pacientes.
El creador de los tubos de ensayos que contienen los laboratorios clínicos fueron creados por Robert Wilhelm Busen.
El médico Antoine Francois Four fue la primera persona que intenta poner los laboratorios clínicos en los centros hospitalarios.
El celador está incluido en el reparto de los servicios sanitarios y cuyas labores se encuentran escritas en el estatuto preconstitucional del año 1971 y por lo cual es fundamental renovar y adaptar su régimen hasta el día de hoy.

La actualización se ejecuta por vía de la ley 55/2003 de 16 de diciembre, el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, formando las normas esenciales del ya nombrado personal.
Todo queda descrito y de acuerdo con la constitución española, en su artículo 149.1.18. Aprobada la ley 55/2003, de 16 de diciembre, que queda pactado al personal estatutario, las labores del celador y del jefe del personal subalterno siguen siendo las que reflectan la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14, como así lo manda la disposición temporal sexta de la ley 55/2003.

## 2 Objetivos

Explorar cómo el Celador de Laboratorio desempeña un papel vital en la investigación biomédica al colaborar estrechamente con científicos e investigadores

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 de laboratorio es fundamental en el entorno de la investigación científica y la industria. Este profesional desempeña un papel esencial en la organización, seguridad y funcionamiento eficiente de los laboratorios. Su labor va más allá de simples tareas de mantenimiento, ya que implica la coordinación de recursos, la implementación de protocolos de seguridad y la colaboración estrecha con el personal científico. En este trabajo, exploraremos las responsabilidades, habilidades requeridas, desafíos y perspectivas de carrera para el celador de laboratorio.
Responsabilidades:
Mantenimiento y Limpieza:** El celador es responsable de mantener limpio y ordenado el laboratorio. Esto incluye la limpieza de superficies, la eliminación adecuada de desechos y la gestión de sustancias químicas peligrosas.

Gestión de Suministros:** El celador asegura que los suministros necesarios estén disponibles y en buen estado. Esto implica la gestión de inventario, la solicitud de nuevos suministros y el seguimiento de fechas de vencimiento.
Seguridad:** El celador implementa y hace cumplir protocolos de seguridad en el laboratorio. Esto incluye el uso adecuado de equipos de protección personal, la disposición segura de productos químicos y la supervisión de experimentos peligrosos.
Preparación de Equipos:** Prepara los equipos necesarios para los experimentos y asegura que estén en condiciones de funcionamiento. Esto podría involucrar la calibración de instrumentos y la resolución de problemas técnicos básicos.
Colaboración:** El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal científico para garantizar que sus necesidades sean atendidas. Puede asistir en la configuración de experimentos y proporcionar soporte técnico básico.
Habilidades Requeridas:
Conocimientos Técnicos: Se requiere comprensión básica de las operaciones de laboratorio, así como conocimientos de seguridad y manejo de sustancias químicas.
Organización: La capacidad de mantener un entorno de laboratorio ordenado y administrar eficientemente los suministros es esencial.
Comunicación: La comunicación efectiva con el personal científico y otros miembros del equipo es clave para entender y satisfacer sus necesidades.
Capacidad Física: El trabajo puede implicar levantar objetos pesados, mover equipos y realizar tareas que requieren resistencia física.
Atención al Detalle: La precisión es crucial para asegurar que los experimentos se lleven a cabo correctamente y para mantener la seguridad.
Desafíos:
Seguridad: Trabajar con sustancias químicas y equipos delicados puede presentar riesgos para la salud y la seguridad. El celador debe ser diligente en la aplicación de protocolos de seguridad.
Diversidad de Tareas: El celador puede tener que lidiar con una amplia gama de tareas, desde limpieza hasta asistencia técnica, lo que requiere habilidades versátiles.
Presión del Tiempo: En entornos de investigación, los plazos son a menudo ajustados. El celador debe ser capaz de trabajar bajo presión.
Perspectivas de Carrera:
La posición de celador de laboratorio puede servir como punto de entrada para una carrera en investigación científica, gestión de laboratorios o campos relacionados. Las habilidades adquiridas, como la comprensión de protocolos de se-

guridad y la familiaridad con equipos de laboratorio, son valiosas en diversas industrias, incluyendo la farmacéutica, la biotecnología y la química.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del Celador de Laboratorio es esencial para garantizar la organización, seguridad y funcionamiento eficiente en entornos científicos y de investigación. Su labor abarca desde el mantenimiento y limpieza hasta la gestión de suministros y la implementación de protocolos de seguridad. Las habilidades requeridas, que van desde conocimientos técnicos hasta capacidades de comunicación y atención al detalle, demuestran la importancia de este profesional en la coordinación y colaboración efectiva con el personal científico. A medida que las industrias científicas y tecnológicas siguen avanzando, la posición del Celador de Laboratorio no solo ofrece oportunidades de desarrollo personal y profesional, sino que también contribuye en última instancia al avance de la investigación y el logro de resultados confiables y seguros.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 428

# EL PAPEL DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

## 1 Introducción

Conforme a lo establecido por la Ley 29/2006 del 26 de julio, que regula las garantías y el uso racional de medicamentos y productos sanitarios, se determina que los hospitales con más de cien camas deben contar con un servicio de farmacia hospitalaria específico para atender a los pacientes hospitalizados. La necesidad de profesionales farmacéuticos adicionales en los hospitales varía según la carga de trabajo y la naturaleza del hospital.

El rol del celador en el servicio de farmacia es de gran importancia, por lo que su presencia es fundamental. Los servicios de farmacia en hospitales y centros de salud deben proporcionar medicamentos de acuerdo con las regulaciones establecidas.

El celador en el servicio de farmacia se encarga de recibir y mover material, especialmente el pesado, así como transportarlo y ubicarlo en las secciones de far-

macia. También traslada carros con medicamentos y realiza inventarios de materiales.
Los servicios de farmacia hospitalaria deben gestionar y utilizar adecuadamente los medicamentos, promoviendo su uso racional. El celador, en sus funciones, contribuye al éxito de estas tareas. Su labor es esencial para mantener la eficiencia y la calidad en la atención hospitalaria, garantizando que los pacientes reciban los medicamentos necesarios de manera oportuna y segura.

## 2 Objetivos

Evaluar las actuaciones llevadas a cabo por el celador en el servicio de farmacia hospitalaria para garantizar la eficiencia y la calidad en la atención médica y farmacéutica dentro de un entorno hospitalario.

## 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”; ”function” y ”pharmacy”. Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Los centros hospitalarios deben contar siempre con servicios de farmacia hospitalaria, de acuerdo con los requisitos legales establecidos. El papel del celador en este contexto es fundamental para garantizar el funcionamiento adecuado de estos servicios. Su contribución es esencial para asegurar que los medicamentos y productos farmacéuticos se manejen de manera eficiente y segura en el hospital. El celador desempeña un papel fundamental en el servicio de farmacia hospitalaria al establecer, organizar y estructurar un sistema eficaz y seguro para la distribución de medicamentos. Su labor es esencial para garantizar que los medicamentos se gestionen correctamente y cumplan con la legislación vigente. Además, se encarga de proteger los productos farmacéuticos, especialmente durante períodos de investigación clínica y en el manejo de sustancias psicoactivas

u otros fármacos de control especial.
En el proceso de recepción de materiales, el celador verifica que los productos coincidan con los albaranes y proporciona una copia de los mismos al personal sanitario. Este control es fundamental para asegurar la precisión y la integridad de los suministros farmacéuticos. En caso de detectar algún error en los materiales, es responsabilidad del celador informar de inmediato al responsable de la unidad de farmacia, lo que demuestra su importancia en la garantía de calidad.
El celador también juega un papel crucial en la distribución de medicamentos a las diferentes unidades o servicios del hospital. Su eficiencia, rapidez y eficacia son esenciales para asegurar que los pacientes reciban sus medicamentos de manera oportuna y segura. Además, colabora con el personal y el equipo sanitario en la realización de inventarios, lo que contribuye a mantener un registro preciso de los medicamentos almacenados.
En situaciones en las que el material es voluminoso o pesado, el celador utiliza carros especialmente designados para su transporte. Esto resalta su capacidad para adaptarse a diversas necesidades y garantizar que el proceso de distribución se realice de manera efectiva.
Por último, el celador es responsable de llevar a cabo recuentos y comprobaciones regulares del material asignado, siguiendo la periodicidad establecida, especialmente durante el inventario general anual. Estas verificaciones son esenciales para garantizar que las existencias se mantengan actualizadas y se reflejen de manera precisa en los registros del hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

La labor del celador en las farmacias hospitalarias desempeña un papel esencial en garantizar la eficiencia, seguridad y calidad en la gestión de medicamentos y productos farmacéuticos dentro de un entorno hospitalario. Su contribución abarca desde la recepción y verificación de materiales hasta la distribución ágil y precisa de medicamentos a las diferentes unidades y servicios del hospital.
El celador actúa como un punto clave de control y comunicación entre el personal de farmacia y el personal sanitario, asegurando que los suministros sean correctos y que cualquier error se informe y se corrija de manera inmediata. Además, su participación en inventarios regulares garantiza que las existencias se mantengan actualizadas y reflejen con precisión la realidad del inventario.

# 6 Bibliografía

1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 179 (27/07/2006).
2. Pérez-Sierra, A., & Martínez-Domene, M. (2019). El papel del celador en el proceso de gestión de medicamentos en el hospital. Enfermería Comunitaria, 15(2), 29-34.

## Capítulo 429

# EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos, comúnmente conocida como UCI, representa un espacio crítico en el ámbito hospitalario donde se presta una atención integral a pacientes cuya salud se encuentra en una situación grave y que requieren vigilancia constante a lo largo de las 24 horas del día. Dentro del equipo multidisciplinario que trabaja en la UCI, los celadores desempeñan un rol fundamental. El celador que trabaja en cuidados intensivos debe contar con una formación, ya que la mayoría de los pacientes en esta unidad presentan limitaciones significativas en su movilidad, e incluso algunos pueden tener nula movilidad. Una de las responsabilidades más destacadas de los celadores es realizar cambios de posición en los pacientes, lo cual es crucial para prevenir complicaciones y mejorar la circulación.

Además, es esencial que los celadores estén atentos a la higiene y la utilización de uniformes asépticos cuando interactúan con pacientes que puedan representar un riesgo de contagio. Esta precaución no solo salvaguarda su propia salud, sino que también protege al resto del personal de la UCI.
Dada la naturaleza delicada de la UCI y la necesidad de mantener un entorno propicio para la recuperación de los pacientes, se exige que todos los miembros del equipo, incluidos los celadores, sean extremadamente cuidadosos y eviten generar ruido innecesario en el área, contribuyendo así al bienestar general de los pacientes y al éxito del tratamiento médico.

## 2 Objetivos

Evaluar las acciones ejecutadas por los celadores en las unidades de cuidados intensivos, así como las precauciones de seguridad implementadas.

## 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”; ”function” y ”intensive care unit”. Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde su labor implica una serie de responsabilidades críticas en la atención y el cuidado de pacientes en estado grave. Entre las funciones principales del celador se encuentra el traslado del paciente desde su lugar de origen hasta la UCI, un proceso que requiere no solo habilidad, sino también la precaución de llevar consigo la documentación médica y el historial del enfermo. Esta tarea inicial es de gran relevancia, ya que proporciona al personal de la UCI información esencial para el tratamiento y la monitorización del paciente.
Una vez en la UCI, el celador trabaja en estrecha colaboración con el personal sanitario correspondiente para movilizar y trasladar al paciente a su cama en

el box designado. Esta fase es especialmente crítica, ya que la mayoría de los pacientes ingresados en la UCI presentan movilidad muy limitada o nula debido a su estado de salud. Por lo tanto, el celador debe ejercer la máxima precaución y cuidado al realizar estas maniobras de movilización, garantizando la seguridad del paciente en todo momento.

El celador también desempeña un papel crucial en la implementación de medidas de protección. Los protocolos seguidos por el celador en la UCI son similares a los aplicados en otros entornos profesionales, lo que incluye procedimientos de desinfección y el uso adecuado de equipo de protección individual. La seguridad y la prevención de la propagación de infecciones son prioridades fundamentales en la labor del celador en la UCI, dada la vulnerabilidad de los pacientes y el personal de la unidad.

Por último, el traslado de un usuario bajo Soporte Avanzado de Vida (SAV) implica una coordinación rigurosa entre el personal sanitario y no sanitario, incluyendo al celador y al personal de seguridad. Se establece un protocolo específico que abarca desde la organización de los intervinientes hasta la aplicación de medidas de protección y limpieza adecuadas. Cada paso en el proceso de traslado se realiza con meticulosidad para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos es de vital importancia para garantizar la atención integral de los pacientes en estado crítico. Estos profesionales desempeñan un rol esencial al llevar a cabo tareas fundamentales, como el cuidado de la movilidad de los pacientes, la aplicación de medidas de protección y la creación de un ambiente propicio para la recuperación. Su formación y atención son cruciales para el bienestar de los pacientes y la eficacia del equipo de salud en la UCI. A través de sus acciones, contribuye significativamente a la seguridad y el confort de los pacientes en momentos críticos de su salud.

## 6 Bibliografía

1. Enfermería en Cuidados Críticos. (2018). El papel del asistente de salud en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28447358/

2. Revista estadounidense de control de infecciones. (2019). Cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones en los trabajadores de la salud: lecciones

aprendidas e implicaciones para la preparación contra el ébola. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30928349/

## Capítulo 430

# EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE PACIENTES PALIATIVOS: ACOMPAÑAMIENTO, DIGNIDAD Y APOYO

MARIA DEL CARMEN AGUADO MARQUEZ

MARÍA DELICIA CASTRO BARROSO

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

SONIA RAMÍREZ ANGUITA

PATRICIA FERNÁNDEZ BALBUENA SÁNCHEZ

## 1 Introducción

La enfermedad terminal según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Cuidados Paliativos se caracteriza por la ausencia de un tratamiento específico o la probabilidad de que cualquier tratamiento solo ralentice su progresión, eventualmente conduciendo a la muerte del paciente. Su duración varía, generalmente menos de 6 meses, aunque este período es orientativo y su progresión es variable. Los síntomas son intensos, multifactoriales y progresivos, causando malestar físico y psicológico en pacientes y familiares.

En esta etapa, la medicina no busca ”curar” al paciente, sino mejorar su calidad de vida hasta la muerte, lo que dio lugar a los cuidados paliativos. El papel y actitudes del cuidador son esenciales, pues forman parte del equipo de atención, junto a médicos, enfermeras, auxiliares y psicólogos, brindando cuidados paliativos y consuelo a pacientes y seres queridos.
Destacar las cualidades físicas, intelectuales, mentales y personales requeridas en los cuidadores es crucial, así como sus habilidades en relaciones interpersonales. Estos profesionales contribuyen significativamente a aliviar el sufrimiento en pacientes terminales, permitiéndoles vivir con dignidad y comodidad en esta etapa difícil y, al mismo tiempo, ofrecen apoyo a las familias que enfrentan la pérdida inminente de un ser querido. El enfoque en los cuidados paliativos se basa en el respeto por la vida y la compasión hacia quienes atraviesan este proceso.

## 2 Objetivos

Analizar la importancia de la empatía del celador en el entorno de cuidados paliativos, evaluando su interacción con el paciente y sus familiares.

## 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”; ”palliative care” y ”function”. Se seleccionaron específicamente artículos científicos que abordaran temas relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

El papel del celador en el tratamiento de pacientes en cuidados paliativos es de suma importancia, ya que contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes en esta etapa crítica. Los cuidados paliativos se centran en brindar atención integral que aborde no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del individuo. En este contexto, el celador desempeña un papel fundamental al ser parte activa del equipo de atención.

El celador, como miembro del equipo de atención en cuidados paliativos, colabora en la coordinación y ejecución de cuidados que buscan aliviar el sufrimiento del paciente. Su trabajo incluye la garantía de una higiene rutinaria y continua tanto del paciente como del entorno, como la habitación, el mobiliario y el equipo utilizado por el paciente. Este enfoque en la higiene y la comodidad es esencial para mantener la dignidad del paciente en todo momento.

Además de las tareas prácticas, el celador también debe desempeñar un papel empático y comprensivo. La empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del paciente y comprender sus emociones y pensamientos, es esencial para el bienestar emocional del paciente. El celador debe escuchar y hablar con el paciente, respondiendo a sus necesidades psicológicas de manera cuidadosa y respetuosa. Esta conexión emocional contribuye en gran medida a brindar apoyo integral.

En el contexto de cuidados paliativos, no solo el paciente enfrenta desafíos emocionales, sino también sus familiares y seres queridos. La enfermedad terminal puede desencadenar ansiedad y cambios en la actitud de aquellos que rodean al paciente. Aquí, el celador también juega un papel crucial al reconocer y respetar el proceso de duelo por el que atraviesan los familiares. La comunicación compasiva y el apoyo emocional ofrecido por el celador son fundamentales para ayudar a las familias a sobrellevar esta difícil situación.

## 5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en el servicio de cuidados paliativos es de vital importancia para garantizar una atención integral y humanizada a los pacientes en su fase terminal. El celador desempeña múltiples funciones, desde mantener la higiene y el entorno del paciente hasta ofrecer apoyo emocional y compasión.

La presencia constante del celador brinda comodidad y dignidad al paciente, al tiempo que contribuye a aliviar su sufrimiento físico y emocional. Su capacidad para desarrollar empatía y comprensión hacia el paciente y sus familiares es fundamental para crear un ambiente de apoyo y cuidado.

En este contexto, el celador no solo cumple con tareas prácticas, sino que también desempeña un papel esencial en la calidad de vida del paciente y en la atención a las necesidades emocionales de quienes lo rodean. Su compromiso y atención a los detalles hacen que el proceso de cuidados paliativos sea más completo y humano, brindando consuelo y apoyo en momentos difíciles.

# 6 Bibliografía

1. Asociación Española de Cuidados Paliativos. (2018). Definición y conceptos clave. https://www.aecp.es/definicion-y-conceptos-clave
2. Hojat, M. (2009). Diez enfoques para mejorar la empatía en las culturas de servicios humanos y de salud. Revista de ciencias de la salud y humanidades, 1(2), 1-20.

## Capítulo 431

# AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: COMPONENTES DE UN ORDENADOR, LA TARJETA GRÁFICA

BEGOÑA GARCÍA VILLA

## 1 Introducción

Las tarjetas gráficas o adaptadores gráficos, como también se las conoce, son los dispositivos especializados en la generación de gráficos. Para ello usan un tipo especial de procesador deno- minado GPU (del inglés, Graphics Processing Unit), que no solo es capaz de acelerar la producción de gráficos, sino que resulta idóneo para procesar muchos datos en paralelo. Por esa razón, las GPU se utilizan también en aplicaciones de edición de vídeo, inteligencia artificial y videojuego.

Las GPU se pueden encontrar integradas en la placa base, en el mismo encapsulado que la CPU o bien como un circuito impreso independiente (la tarjeta gráfica) conectado al sistema mediante una ranura de expansión, típicamente PCI Express.
Las tarjetas gráficas permiten integrar GPU mucho más potentes, así como otros componentes que contribuyen a aumentar su rendimiento de forma exponencial, como un conjunto de chips de memoria exclusiva para gráficos extremadamente rápida (la VRAM). También requieren de sistemas de refrigeración dedicados debido a su alto consumo energético.

Las GPU integradas, si bien consumen menos energía y, por tanto, generan menos calor, utilizan la RAM del equipo (memoria compartida), lo que las hace

más lentas y, al mismo tiempo, resta recursos de memoria para otras aplicaciones. No obstante, muchas CPU de última generación incluyen una pequeña GPU para poder arrancar el ordenador y efectuar diagnósticos sin necesidad de tarjeta gráfica. El fabricante Intel se ha especializado en este tipo de GPU con una tecnología llamada Intel Graphics Technology. En cambio, AMD (anteriormente ATI) y Nvidia son los principales fabricantes de GPU para adaptadores gráficos discretos.

## 2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja como auxiliar administrativo en sanidad los principales componentes del ordenador, en este caso la tarjeta gráfica, ya que se trata de nuestra principal herramienta de trabajo.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Para dar soporte a sistemas con uno o varios monitores, las tarjetas gráficas pueden proporcionar una o varias salidas de vídeo en diferentes estándares, tanto analógicos (VGA, vídeo compuesto, etc.) como digitales (HDMI, Display Port, etc.), si bien son estos últimos los más comunes.

Uno de los parámetros más importantes de una tarjeta gráfica es la resolución de pantalla máxima que es capaz de proporcionar. La resolución se mide en píxeles o puntos de color, y es el resultado de multiplicar los píxeles que mide la imagen a lo ancho por los que mide a lo alto.
Por otra parte, cada uno de los píxeles se puede representar con más o menos colores. Si quisiéramos representar 256 posibles to- nalidades de color, necesitaríamos 8 bits por píxel, pero daría lugar a una imagen con una fidelidad de color muy pobre. No obstante, como cada color se logra mediante la combinación de

los tres co- lores primarios (rojo, verde y azul), podemos obtener una imagen con una buena calidad de color utilizando 24 bits por píxel, es decir, 8 bits por cada canal de color. Esto es lo que se conoce como pro- fundidad de color.
La mayor parte de los adaptadores gráficos actuales son capaces de soportar, como mínimo, una resolución de HD o 720 p (1280 × 720 píxeles), con una profundidad de color de 8 bpc (bits por color). No obstante, en equipos de gama media y alta no es extraño encontrar resoluciones de 1080 p, 1440 p e, incluso, 2160 p (3840 × 2160 píxeles, también conocidas como 4K o Ultra HD).

Para incrementar el rendimiento gráfico del ordenador es posible conectar dos o más tarjetas a la placa base. Para ello se han desa- rrollado varias técnicas, si bien hay dos que son las más utilizadas: SLI y Crossfire.

Para manejar gráficos a 1080p necesitaremos, como mínimo, 4 GB de memoria VRAM, si bien lo más recomendable es contar con 6 GB u 8 GB. Para 4K, el mínimo es partir de 8 GB, pero lo ideal serían 12 GB o más.

## 5 Discusión-Conclusión

En este caso hemos visto que son las tarjetas gráficas, que son los dispositivos que se encargan de proporcionar la imagen que vemos en las pantallas del ordenador.

La mayor parte de dispositivos portátiles usan GPU integradas, por lo que actualmente son el tipo de procesador gráfico más utilizado.

Hemos visto que la resolución con la que cuenten va a depender de la resolución de pantalla que sea capaz de alcanzar el dispositivo así como también la posibilidad de poder conectar varias tarjetas gráficas a un mismo dispositivo a la placa base del ordenador para aumentar la calidad de los gráficos.

## 6 Bibliografía

1- tarjeta gráfica ordenador - https://www.geeknetic.es/Tarjeta-grafica/que-es-y-para-que-sirve/amp
2- tarjeta gráfica / https://hiraoka.com.pe/blog/post/tarjeta-grafica-que-es-y-como-funciona
3- tarjeta gráfica - https://hardzone.es/reportajes/que-es/tarjeta-grafica/

## Capítulo 432

# EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DANIEL ZALDIVAR MARTIN

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

## 1 Introducción

En el comienzo de la pandemia Covid-19, ante la gran demanda de los usuarios y ciudadanía de los servicios sanitarios, se colapsaron las consultas y las urgencias de atención primaria, las urgencias hospitalarias eran un caos, y en definitiva el acceso del usuario al sistema sanitario era muy complicado.
En atención primaria sufrieron una avalancha de usuarios enfermos que fue imposible atender por los médicos y los medios administrativos con los que se contaba.
Esta situación, en Castilla la Mancha, como en el resto de las comunidades del país, supuso una situación límite, nunca vista, y se hacía necesaria la creación de algún mecanismo para una atención sanitaria y adecuada a las circunstancias.

En la comunidad autónoma de Castilla la Mancha se creó en octubre de 2020 el Call Center regional de llamadas, con el objetivo de acelerar y mejorar la accesibilidad al usuario a la atención primaria de salud. En principio el servicio funcionó perfectamente, recibiendo una media de cuarenta mil llamadas de diarias de usuarios que demandaban alguna cuestión o solicitaban alguna cita.
De este modo, el Call Center, se formó como una unidad que mantuviera esa accesibilidad al usuario y de esta manera liberar el trabajo agobiante de los profesionales de atención primaria.
En el Call Center regional se atienden las llamadas recibidas por los auxiliares administrativos, protagonistas de este capítulo.

## 2 Objetivos

- Analizar cuál fue el papel del auxiliar administrativo en la atención telefónica en los tiempos de COVID-19.

## 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 de atención al usuario: presencial, telefónica y telemática. El teléfono es la forma de comunicación más utilizada durante la pandemia, ya que evita la exposición de personas en un contexto comunicativo cara a cara y en consecuencia la transmisión del virus.
La comunicación es un proceso de intercambio de información donde conjugan una serie de elementos, los cuales también existen en la comunicación telefónica:
• Emisor: es el punto de partida que transmite la información del proceso de comunicación al ser quien emite el mensaje. Es la persona que realiza una llamada telefónica para iniciar una conversación.

• Receptor: es el punto de llegada que recibe la información. En la atención telefónica es quien recibe la llamada y el mensaje del emisor.
• Código: es un conjunto o sistema de signos utilizados para codificar y transmitir el mensaje. En la atención telefónica es el idioma español que usan el emisor y el receptor para conversar.
• Mensaje: es la información y contenido que el emisor transmite al receptor. En el contexto de la atención telefónica supone el motivo por el cual se contacta al emisor.
• Canal: es el medio físico por donde se transmite la información por parte del emisor hacia el receptor. En el caso de la comunicación telefónica es el teléfono.
• Contexto: es la situación o circunstancias en las que se genera la comunicación. En la atención telefónica sería una llamada en el centro de salud.
• Feedback: es la información que recoge el emisor a través de los efectos que causa su mensaje en el receptor para comprobar si fue recibido e interpretado de forma adecuada.

En el servicio de atención al paciente es importante emplear una comunicación con el usuario profesional y de calidad. Las características fundamentales para desarrollar una buena atención telefónica son:
• El modo de hablar, mediante un tono de voz calmado, aportando confianza y seguridad en la recepción de la llamada.
• Fiabilidad y veracidad en la información facilitada.
• Amabilidad en el trato hacia el usuario, realizando una escucha activa y asertiva.
• Escucha activa, es fundamental que las necesidades del paciente sean tenidas en cuenta en la conversación telefónica.
• La respuesta del servicio ha de ser eficiente, valorándose y recogiéndose las necesidades y solicitudes del paciente de manera ágil para ser resueltas.
• Registrar todo lo hablado en la ficha del paciente.
• Claridad en la información resolviendo las dudas o necesidades del paciente.

A lo largo de la pandemia, la atención telefónica en los centros de salud se ha implantado como el sistema de acceso a los centros sanitarios y consulta al paciente, con el fin de evitar los contactos sociales derivados de la llegada presencial de usuarios a los centros. Las ventajas más significativas han sido las siguientes:
• Limita los desplazamientos evitando colas y esperas en los centros.
• Evita solicitar permisos de trabajo para ir al médico.
• Disminuye el riesgo de contagio y transmisión del virus.
• Favorece accesibilidad para personas que no podrían tal vez acceder al centro de salud en otras condiciones.
• Permite evaluar si el paciente necesitará una visita presencial posterior.

También este sistema de atención al paciente mediante consultas telefónicas reflejan una serie de inconvenientes tales como:
• Puede consumir incluso más tiempo que en la atención presencial, ya que se necesita hacer más preguntas o hablar más tiempo, puesto que no se interactúa cara a cara con el paciente.
• A algunas personas les cuesta más expresarse y entender la información que se trasmite por teléfono.
• La ausencia de lenguaje corporal (contacto visuales, expresiones faciales y posturas corporales) limita contexto a la comunicación, provocando que se pierda información o que se generen malentendidos.
• El auxiliar administrativo puede sentir rechazo hacia el uso del teléfono, ya que las llamadas entrantes son excesivas y se genera una falta de control sobre el procedimiento de trabajo y mayor incertidumbre por la falta de tiempo específico dedicado a resolver un volumen elevado de llamadas.

## 5 Discusión-Conclusión

La pandemia de la COVID-19 ha obligado a los sistemas sanitarios a implementar rápidamente la consulta telefónica, con el fin de minimizar los riesgos de contagio tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios y no sanitarios.
La consulta telefónica como instrumento en la atención primaria ha sido clave para desarrollar el trabajo, evitando el contacto presencial y afluencia de pacientes en el centro de salud y resolver gestiones y problemas de salud.
En lo que respecta a la comunicación telefónica empleada en el servicio de atención al paciente, el papel del auxiliar administrativo es clave, ya que supone el primer contacto que el paciente tiene con el centro de salud. Es por ello que debe dominar las habilidades de comunicación interpersonal para una correcta atención telefónica.
Es necesario responder al teléfono con paciencia, amabilidad, habilidad y compromiso por parte del auxiliar administrativo, puesto que a pesar de que no existe contacto visual, a través de la voz se puede obtener información del paciente y crear una retroalimentación de la información con él.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 433

# TELEFONISTA EN SANIDAD: ACTUACIÓN TELEFÓNICA ANTE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

## 1 Introducción

Ante una situación de emergencia, como puede ser un accidente de tráfico, puede que los nervios o desconocimiento de que hacer puedan ocasionar que no se actúe de forma adecuada, perdiendo un tiempo muy valioso que puede poner en riesgo la vida del individuo implicado.

Por ello resulta importante que todos los profesionales estén correctamente formados y preparados para saber que hacer ante cualquier situación que se les pueda plantear.

La actuación telefónica por parte del profesional telefonista resulta, por tanto, también esencial para no poner en riesgo la vida de la persona accidentada.

Los profesionales deben estar al día de los protocolos de actuación y en este caso vamos a hacer un repaso acerca de que debemos hacer en este supuesto, coordinándonos de forma adecuada con el resto de profesionales de emergencias.

El tipo de recursos que se emplean en un accidente va a depender del número de heridos y su estado, la edad del paciente, el tipo de lesiones producidas, la

disponibilidad de recursos que existan, el área geográfica y su capacidad de respuesta…
En un accidente pueden intervenir diferentes organismos/profesionales públicos como policía local o nacional, guardia civil, bomberos o rescatistas, profesionales de emergencias sanitarias, ambulancias, juez, servicio de morgue, conservación de carreteras, grúas y remolques, protección civil, taxis…

## 2 Objetivos

-Conocer como personal telefonista como debemos actuar en caso de recibir una llamada ante un accidente de tráfico.

## 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 prácticamente cualquier tipo de accidente que tenga víctimas o heridos, así como daños, se procede a realizar un aviso correspondiente por vía telefónica de lo que acaba de ocurrir, generalmente a través del teléfono de emergencias 112.
El aviso puede llegar por parte de un ciudadano o de un profesional y debe activarse el protocolo adecuado en cuanto se recibe la llamada para proporcionar los recursos más eficaces en cada caso.
Para que esto sea así, existe un centro coordinador de emergencias/urgencias que se encarga del registro de llamadas, así como de la priorización y clasificación o triaje de las mismas para darles una respuesta adecuada.
Existe también el centro coordinador sanitario que se encarga de tomar decisiones y dar una respuesta sanitaria adecuada.
El profesional telefonista que se encarga de recoger y gestionar la llamada debe:
- Cerciorarse del lugar exacto en el que se ha producido el accidente, si es en carretera debe identificar el sentido de la misma, km, etc.

- Número y tipo de vehículos implicados.
- Número de víctimas y su estado.
- Tipo de accidente (colisión múltiple, incendio, colisión por alcance, vuelco, salida de la vía, caídas, etc)
- Obstrucción del tráfico si existe.
- Daños sobre el terreno o carretera que puedan poner en riesgo a otros conductores o a las víctimas (caída del tendido eléctrico, caída de carteles, piezas en la vía … )
- Identificarnos e identificar a las personas que llaman, resulta conveniente pedir un número de teléfono de contacto a la persona que avisa.

Desde el 112, en el protocolo telefónico, se proporcionan una serie recomendaciones de seguridad para mantener un ambiente seguro en el sitio del accidente. Una vez recibida la llamada se movilizarán los recursos necesarios según el caso, los servicios sanitarios o de emergencias podrán pedirnos datos complementarios o confirmación de datos, así como la presencia o no de otros recursos. La actuación de los equipos de rescate se suele producir en 3 fases: la atención a la víctima, plan de excarcelación y la extracción.

## 5 Discusión-Conclusión

Como telefonistas formamos parte de los profesionales implicados en la atención de un accidente de tráfico, muchas veces somos los primeros que tenemos contacto con las víctimas, implicados o presentes en el accidente que dan aviso de lo que está ocurriendo. Muchas veces están nerviosos y, por tanto, resulta esencial que les transmitamos calma y que escuchemos todos los datos que nos proporcionan con gran atención, ya que pueden resultar vitales para ofrecer una atención de calidad que permita salvar vidas. Cada año se siguen actualizando y mejorando los protocolos de actuación con la finalidad de actuar cada vez con mayor rapidez y eficacia, por ello debemos de estar siempre en constante aprendizaje.

## 6 Bibliografía

1- primeros auxilios organización - http://www.cen7dias.es/V20/detalle.php?bol=292&id=4407&sec=4

2- primeros auxilios empresa - http://www.raar.es/prevencion/images/pdf/ntp/ntp_458.pdf

3- call center - https://amp.elmundo.es/madrid/2023/06/19/64907fd4fdddffc98f8b45cd.html

## Capítulo 434

# EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

## 1 Introducción

La salud mental es parte de la salud de las personas y tiene relación con las condiciones de vida, aspectos afectivos, emocional, intelectual y laboral, y con la integración en su entorno.
En los ámbitos sanitarios quien atiende en este tipo de problemática, es un equipo de salud mental que persigue como objetivo la rehabilitación y reinserción social, otra cuestión importante es que el trabajador social interviene junto con un equipo interdisciplinar de profesionales (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ...). Esto facilita una visión global de las circunstancias de la persona y de su entorno, lo que permite una mejor planificación de la intervención.
El trabajador social sanitario en la unidad de salud mental infantojuvenil, realiza el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de menores de edad. También llevan a cabo tareas de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y de coordinación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos. En esta unidad

se trabaja con niños y adolescentes de 0 a 17 años con patología mental y sus familias, derivados por atención primaria o por urgencia hospitalaria. El trabajador social es responsable, ante todo, de garantizar que toda la información del paciente se mantenga confidencial y segura y muy especialmente en edades tan tempranas.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia de la intervención del trabajador social en una unidad de salud mental.
- Favorecer el conocimiento ante este tipo de problemática.
- Exponer las funciones que lleva a cabo el trabajador social en la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil.

## 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 trabajador social en las unidades de salud mental infantojuvenil, las cuales son dispositivos asistenciales específicos para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes que precisen hospitalización de corta duración. Ofrecen en régimen de cuidados de 24 horas al día, con una estancia inferior en general a un mes y que se caracteriza porque se realiza una estudio y valoración por un equipo interdisciplinar, con trabajos de campo, observación, de diagnóstico, de tratamiento, que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.

Las funciones del trabajador social en salud mental, requiere de cualidades específicas como tener actitud proactiva frente a su trabajo, empatía, comunicación asertiva, saber trabajar en equipo, tener un trato correcto con pacientes y sus familias en un marco de confidencialidad.

El trabajador social también:

- Presta apoyo a las familias, facilitando información y asesoramiento sobre prestaciones sociales o búsqueda de recursos específicos.
- Orienta sobre actitudes y comportamientos para favorecer la convivencia familiar y recuperación del paciente, aceptación de la enfermedad, fomentar la colaboración de la familia.
- Deben realizar funciones en colaboración con el resto de los profesionales que trabajan dicha unidad de salud mental.
- Ayudan dentro de sus competencias a la organización diferentes actividades que se planifiquen en el equipo, apoyando a la coordinación en lo que esta le requiera.
- Protege la privacidad de los pacientes y garantizar que su información no se comparta con personas no autorizadas.
- Otra cuestión muy importante que desarrolla el trabajador social son funciones de prevención, detección que deriven a psicólogo o psiquiatra, intervención en el ámbito familiar es fundamental para logran evitar problemas futuros o al menos minimizarlos.

## 5 Discusión-Conclusión

Las funciones del trabajador social en la unidad de salud mental infantojuvenil, prestan atención individual al paciente con la finalidad atender inicialmente y hacer un seguimiento de la enfermedad, por lo que se hacen estudios a nivel familiar, social y en el entorno laboral o educativo.

La entrevista es el método más utilizado para recabar datos que se plasman en un informe social, además de muchas más técnicas tendentes a realizar una valoración y un diagnóstico, para realizar una intervención a nivel individual, social y/o familiar.

El trabajador social tiene conocimientos para facilitar la información y orientación de los recursos sociales específicos más apropiados para cada caso. Existen diferentes tipos de centros donde se trabaja con este tipo de problemas, centro de Menores, Servicios Sociales, Atención Primaria, UCA, etc. El trabajador social también presta apoyo a las familias, facilitando Información y asesoramiento sobre prestaciones sociales o búsqueda de recursos específicos. El trabajador social orienta sobre actitudes y comportamientos para favorecer la convivencia familiar y recuperación del paciente, aceptación de la enfermedad, fomentar la colaboración de la familia.

Se resalta la importancia de que los trabajadores sociales están en coordinación sanitaria con los dispositivos de la red de Salud Mental Infantojuvenil y Servicio de Menores, Juzgados y Fiscalía de menores, Servicios Sociales Básicos.

# 6 Bibliografía

1. Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
2. Salud Mental Infantojuvenil en España. Pediatría en Atención Pr Salud Mental Infantojuvenil. Informe y recomendaciones del Comité de Expertos de Castilla y León en Salud Mental. Edita: Junta de Castilla y León.
3. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Edita: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.imaria, I(3), (467) 119 – (475) 127.
4. Patologías infantiles más frecuentes en la atención Infantojuvenil por Comunidades Autónomas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1998.
5. Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Quaderns de Salud Mental 6. Edita: Generalitat de Catalunya.

## Capítulo 435

# EL TELEFONISTA EN SANIDAD: LIMITACIONES DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CONSULTAS EXTERNAS

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

## 1 Introducción

En nuestro día a día, con la mejora de las nuevas tecnologías que hemos ido sufriendo a lo largo de las últimas décadas, la población actual cada vez está más acostumbrada a realizar gestiones de forma remota.
No es menos en el ámbito sanitario, donde la informatización de los datos y del acceso a las citas ha sufrido grandes cambios en los últimos años.
Los ciudadanos cada vez requieren una atención más rápida y eficaz, por lo que resulta esencial la implantación de mejoras en el sistema actual de atención sanitaria.
El acceso a las nuevas tecnologías que ofrece internet hacia los pacientes hace que estos estén cada vez más informados acerca de consultas, pruebas diagnósticas, etc. y que requieran por ello más comunicación con el sistema sanitario.
El sistema telefónico de años atrás está viéndose sobrepasado por las nuevas tecnologías, donde las app de gestión de citas, los SMS, correos electrónicos, etc.

parece que han surgido como gran alternativa para dar respuesta a sus necesidades. Aun así todavía se siguen teniendo grandes limitaciones en lo que al sistema actual se refiere, como vamos a ver a continuación en el desarrollo de este trabajo, en este caso vamos a hablar de consultas externas en un hospital.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer como personal no sanitario telefonista algunas situaciones limitantes con las que nos encontramos en la atención telefónica de los pacientes en consultas externas.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Como ya hemos hablado, las nuevas tecnologías de la comunicación e información han llegado para quedarse e implantarse. Todo ello requiere de una renovación del sistema actual y también de la formación de los profesionales y de los ciudadanos. La gestión de citas en los hospitales es uno de los puntos clave a mejorar.
El teléfono es un instrumento que hasta ahora ha resultado de lo más rápido y eficaz para resolver esta demanda de información por parte de los usuarios de la sanidad. Ofrece además la seguridad al individuo de estar hablando con una persona física que le entiende y puede orientar según sus necesidades.
El teléfono móvil se ha convertido en una de nuestras herramientas de vida imprescindibles, incorporándose también al mundo laboral.
Aun así, este sistema parece que tiene ciertas limitaciones o inconvenientes como pueden ser:
- La posibilidad de hablar únicamente con un solo interlocutor en cada llamada, lo que hace que la respuesta resulte a veces lenta, al no poder a veces dar respuesta

al aumento de llamadas que se producen en ciertos momentos.
- Ausencias en las consultas de pacientes que no son sustituidas, generando huecos libres de actividad que aumentan las listas de espera en consultas externas y que generan un coste para la administración.
- El número limitado de profesionales telefonistas que se encargan de gestionar las citas de los pacientes.
- La dependencia de la formación de los profesionales para la resolución y gestión de las citas.
- El horario restringido que ofrecen los servicios de consultas externas, en los que generalmente solo se opera por la mañana, teniendo que ser compaginadas esas tareas con otras, siendo prioritaria la atención a los pacientes que acuden al centro de forma física.
- La demora en las citaciones y la incertidumbre en muchos casos de las listas de espera.
- Las citaciones simultáneas de varios pacientes a la misma hora, causando retrasos en la atención de las consultas.

## 5 Discusión-Conclusión

La concienciación por parte de la población acerca del absentismo a las consultas presenciales resulta esencial para disminuir las listas de espera y evitar huecos vacíos, que generan un gran coste para la administración y una pérdida de recursos. La mejora de la atención telefónica en los servicios de consultas externas resulta esencial y para ello queremos destacar la importancia de que a los profesionales no se les sature o sobrecargue con más tareas durante los turnos de trabajo, ya que en muchas ocasiones resulta inviable atender a los pacientes que acuden de forma presencial y además dar una respuesta de calidad a las llamadas telefónicas.

## 6 Bibliografía

1. Plan de optimización- https://actualidadmedica.es/wp-content/uploads/782/pdf/03Original3_uro.pdf.
2. Mejora asistencia consultas externas - https://www.gacetasanitaria.org/es-utilizacion-un-recordatorio-por-sms-articulo-S0213911113000496.

## Capítulo 436

# EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

## 1 Introducción

El auxiliar administrativo es el personal encargado de las funciones de admisión de hospitalización en un centro hospitalario.
La comunicación entre el personal administrativo y el paciente o familiar que llega a este servicio de salud tiene que ser eficaz y de calidad, para que la información sea clara y se adapte a cada caso concreto.
En el servicio de admisión en Urgencias que nos ocupa, es el primer lugar donde el paciente se dirige, y después ya intervendrán los demás profesionales sanitarios.
El personal de los diferentes grupos profesionales debe de coordinarse en el mismo equipo de trabajo, con una única dependencia funcional en el responsable del servicio de admisión y documentación clínica, garantizando al paciente el acceso de su atención urgente sanitaria, que requiere de forma inmediata, en condiciones de igualdad efectiva que el paciente demanda, y con los estándares de calidad para el cuidado integral del paciente que llega al servicio de urgencias.

El auxiliar administrativo es el primer contacto del ciudadano con el centro hospitalario, como hemos dicho, y es muy importante unir su función con el servicio de urgencias que valore al paciente posteriormente, diagnostique y trate, para lo que previamente este habrá preparado toda su documentación clínica e información asistencial con los datos facilitados por el paciente o acompañante (cuando el paciente que acude, no se encuentre en situación de hablar y o comunicar la causa de su urgencia) y demás registros e información internos que los equipos informáticos del centro hospitalario tengan.

## 2 Objetivos

Describir las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Urgencias.

## 3 Metodología

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 Servicio de Ingreso y Documentación Clínica proporciona el apoyo organizativo e informativo necesario para garantizar una adecuada atención al paciente ante la demanda de atención en el servicio de urgencias hospitalario. Cuando se trata de la unidad de emergencia, las funciones del auxiliar administrativo son:
- Un registro del episodio de emergencia.
- La coordinación del proceso asistencial dentro de la organización.
- Derivaciones dentro del centro.
- El auxiliar administrativo, como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y planificada entre centros y debe evaluar su adecuación a las normas y procedimientos de derivación vigentes en cada momento, facilitando la organización y el apoyo

información necesaria para mantener cohesionada la organización sanitaria ante el paciente.
Las funciones del auxiliar administrativo en relación con el proceso de derivación intercentro son las siguientes:
- Recoger y registrar las solicitudes de asistencia que se realizan al centro directamente o a través de este a otros centros.
- Atender las solicitudes de apoyo enviadas al centro o a otros centros de acuerdo con las prioridades y criterios del hospital.
- Crear canales de comunicación y coordinación con otros niveles de atención y establecimientos para el manejo de casos que requieran atención inmediata de otro establecimiento o continuidad de atención.
- En general, asumir las siguientes responsabilidades al derivar pacientes quirúrgicos a otras instalaciones:
*Seleccionar los pacientes a derivar de acuerdo con los procedimientos establecidos, trabajando en coordinación con los servicios quirúrgicos.
*Cumplir con el aviso del paciente y ubicación para la propuesta de derivación.
* Manejar las solicitudes de asistencia y la documentación clínica requerida garantizando la confidencialidad.
*Programar la asistencia, verificarla y comunicar la hora y modalidad de asistencia brindada.
*Continúe actualizando cada archivo abierto, registrando cualquier posible incidente.
* Mantenga su línea de comunicación abierta con el paciente en todo momento.

## 5 Discusión-Conclusión

Dado que el proceso de admisión de pacientes en urgencias se inicia con su llegada y su ingreso a través del sistema informático del sistema de salud, el papel del auxiliar administrativo en urgencias es fundamental, en concreto, a través de la inclusión de datos, tales como el diagnóstico inicial, síntomas y demás información registrada inicialmente por el asistente administrativo de dicha área. Este solicitará los datos de los pacientes y a través de estos y su número de historia clínica informará de la emergencia, a partir de ahí, y viendo la importancia de los síntomas de los pacientes, se iniciará el triaje de urgencias, en el que serán atendidos como atención prioritaria o secundaria dependiendo de la importación. El auxiliar administrativo del área de emergencias será fundamental en la organización de la respuesta a las emergencias médicas derivadas de todo esto.

# 6 Bibliografía

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

## Capítulo 437

# TELEFONISTA EN SANIDAD: EL CALL CENTER

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

## 1 Introducción

Con la llegada de la pandemia por COVID 19 el funcionamiento de la sanidad pública dió un vuelco acerca de cómo la conocíamos hasta entonces.
La avalancha de llamadas telefónicas y la saturación del sistema dio paso a un aumento de la plantilla, con la creación de nuevos puestos de trabajo.

Nuestro sistema sanitario no estaba preparado para dar una respuesta tanto a las llamadas telefónicas como a las necesidades de atención médica, todo tipo de solicitudes y dudas de la población.

Para garantizar que se cubriesen todos los requerimientos de la población fue vital realizar cambios sobre el sistema y uno de ellos fue en lo relativo a la gestión de las llamadas telefónicas, con la creación del llamado CALL CENTER, cuya pretensión principal es mejorar la comunicación de los pacientes sobre todo con los centros de salud de atención primaria. Al no encontrar respuesta en la llamada al sexto tono está pasa a ser gestionada por el call center, dando una respuesta a la llamada. De esta forma la gestión de las citas médicas puede realizarse de forma mucho más ágil y el ciudadano puede contactar de forma más rápida y eficaz con los servicios sanitarios para atender sus necesidades.

## 2 Objetivos

Conocer que es el call center y sus funciones como parte de nuestra formación básica como telefonistas en sanidad, mejorando así este servicio.

## 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

Un call center en sanidad consiste en una oficina, bien sea presencial o virtual, donde trabajan profesionales telefonistas que gestionan un gran volumen de llamadas provenientes de los ciudadanos.

El call center está centrado en la gestión de las citas de los pacientes mientras que el resto de profesionales sanitarios pueden así centrarse en la atención sanitaria al individuo.

Con la pandemia los pacientes y usuarios de la sanidad se vieron frustrados por no obtener una respuesta a las llamadas telefónicas tras muchos intentos, ya que las líneas estaba colapsadas, por lo que se emitieron multitud de quejas acerca del funcionamiento de la gestión de llamadas.
Formar a la población en la importancia de una buena gestión de los recursos sanitarios es algo que también se debe realizar.

En el call center se realizan tareas como:
- Gestión de consultas telefónicas
- Gestión de citas: anulación, citación, cambio etc
- Consulta y gestión de partes de Incapacidad Temporal
- Asignar y organizar agendas
- Atender las Urgencias telefónicas (112)
- Resolver dudas de los pacientes

La creación del call center ha ayudado en gran medida a aliviar las listas de espera, ya que todas aquellas cuestiones que pueden ser resueltas vía telefónica por los telefonistas y que no requieran una cita presencial hacen que el colapso del sistema no sea tal.

Como profesionales que trabajan en el call center debemos de mostrarnos siempre accesibles a las consultas de los ciudadanos, mostrándonos empáticos con su situación, ayudando a resolver sus problemas o derivando sus necesidades hacia aquellos recursos que puedan dar respuesta a las mismas. Es imprescindible o importante no perder la calma, ya que muchas veces los usuarios se encuentran insatisfechos por la larga espera o por su situación clínica.

## 5 Discusión-Conclusión

El Call Center se creó para agilizar las consultas telefónicas y dejar atrás el colapso de las líneas ante el colapso ocasionado por la pandemia de COVID-19.

En muchas ocasiones también servimos como una ayuda al escuchar a los pacientes inquietos o preocupados que buscan solucionar dudas o problemas relacionados con su salud.

También hemos visto qué tareas se realizan desde este servicio y algunas recomendaciones que podemos tener en cuenta para ofrecer un servicio de calidad, como mantener la calma, dirigir a los pacientes y familiares hacia el recurso más adecuado según sus necesidades y ser empáticos con su situación.

## 6 Bibliografía

1- call center sanitario - https://www.atenciondellamadas.net/call-center-sanitario-y-como-contratarlo/amp/
2- call center sanitario - https://www.ilunioncontactcenterbpo.com/call-center-sanitario
3- call center sanitario - https://www.somosdrv.com/wiki/call-center-sanitario-y-de-atencion-al-paciente/

## Capítulo 438

# EL TRABAJADOR SOCIAL EN CASOS DE URGENCIA-EMERGENCIA SOCIAL

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

## 1 Introducción

En servicios sanitarios existen varios casos de urgencias y emergencias, que necesitan una atención inmediata, y debido a estas circunstancias también surgen situaciones psicosociales que requieren una atención inmediata. El aumento de casos de perdida de las redes sociales de soporte a las personas que se encuentran en situación de riesgo hace que necesiten de la intervención psicosocial con profesionales del ámbito de trabajo social y psicología.
Los trabajadores sociales de base y los trabajadores de urgencias y emergencias social atienden situaciones de urgencia.
Las situaciones de urgencia y emergencia social se pueden definir como "acontecimientos vitales estresantes, inesperados y, generalmente, de aparición súbita: en los que las personas (víctimas directas, familiares, allegados y/o una colectividad) se enfrentan a pérdidas de salud y/o autonomía, incluso de la vida: quedando, en el momento, mermados sus recursos y/o capacidades personales y sociales (familia, alojamiento, aseo-higiene, vestuario, alimentación, trabajo, medios económicos, amistades, vecinos, etc.) además de las físicas y psicológicas;

por lo que precisan, entre otras actuaciones, de atención psicosocial inmediata y a corto plazo por carecer, al instante, de "apoyo social" necesario y/o suficiente para autodesenvolverse" (Arricivita, 2003).
Mientras que Arrieta las define las situaciones de urgencia y emergencia social como:
"situación producida por un hecho no previsto, debido generalmente a causas naturales o provocadas, que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia, así como las relaciones o redes sociales y familiares. Las personas afectadas se encuentran en una situación de desprotección grave; por ello, precisan una intervención inmediata e ineludible, para evitar que esta situación se agrave o genere mayor perjuicio – quizás irreversible- a la persona afectada" (Duque, T.; Estomba, I.; Agirre, J. 2011).
Por ello, para mejorar estas situaciones está el trabajador social que en su quehacer ejerce sobre principios, valores, deberes u obligaciones para mejorar estas situaciones de urgencia-emergencia social, para así realizar un cambio social, intervenir en la resolución de problemas y empoderar a las personas que se encuentran es estas situaciones.

## 2 Objetivos

- Exponer la actuación del trabajador social en situaciones de urgencia-emergencia social.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo mediante una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre estudios de literatura existente sobre trabajo social de base en urgencia y emergencia social y de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de artículos científicos, libros, bases de datos y publicaciones en: Science Direct y Cielo, Google Académico.

## 4 Resultados

Los objetivos del trabajador social en esta situación son:
- Asistir a las personas o familias en la gestión de emociones para una adecuada expresión.

- Ayudar a la persona y su entorno para la percepción real de la situación.
- Satisfacer las necesidades inmediatas de las personas.
- Describir la labor del trabajador social en la intervención en personas en situaciones de urgencia-emergencia social.

Mediante la realización del análisis de varios artículos bibliográficos, base de datos y encuestas que aportaron información sobre las consecuencias de estar en situación de urgencia-emergencia social de personas vulnerables, se ha realizado estas propuestas para una mejor atención a este perfil de personas y familias. Ya que en la labor del trabajo social se encuentran funciones para la mejora de la salud de las personas a nivel social y psicológica, entre otras, de las personas en que se encuentran en esta situación de vulnerabilidad, las mismas que se describen en los siguientes puntos:

• Hacer acompañamiento individual y familiar para la intervención psicosocial.
• Cubrir las necesidades básicas imprescindibles.
• Informar sobre la posibilidad de atención psicosocial y su contenido.
• Impulsar el estímulo de afectos cognitivos, emocionales y conductuales.
• Tramitar las prestaciones y/o servicios necesarios en los casos de urgencia-emergencia social.
• Gestionar la derivación de prestaciones o servicios de recursos especializados.
• Gestionar los recursos de los equipos de intervención para mejorar la atención.
• Creación de redes y conexión con la familia.
• Dar información sobre los deberes que tenga según la situación que esté pasando.
• Elaborar un protocolo a seguir de preparación ante el impacto del evento.
• Intervenir con la comunidad a través de sensibilización y simulacros.
• Realizar con la comunidad programas de protección.
• Investigar sobre variables socioeconómicas y culturales para prevenir a la comunidad.
• Elaborar programas para colectivos específicos.
• Realizar en periodos anuales capacitación de los equipos de intervención y del voluntariado.
• Dar información sobre los derechos y sobre recursos a los que puede optar.
• Hacer de mediador entre los afectados, agentes de intervención y otros servicios.
• Realizar la evaluación continua de las circunstancias tanto individual como familiar.
• Elaborar el diagnóstico de cada situación.

Belda, Román y Giralt (2015), Duque, Estomba y Agire (2011) y Pérez (2011).

Este quehacer, que entra entre las funciones del trabajador social y que ayuda a mejorar la vida de las personas que se encuentran en situación de urgencia o emergencia social, está amparada en la constitución española de 1978, de la Ley del 2015, del Sistema Nacional de Protección civil.

## 5 Discusión-Conclusión

En el quehacer del trabajador social tiene como principio el promover la autonomía y empoderamiento de las personas que se encuentran en situación de riesgo de exclusión y, por ello, las personas que están en situación de urgencia y emergencia social. Así que mediante la práctica del trabajo social mejoran la calidad de vida.

Por ello, la intervención del trabajo social en casos en que las personas o familias se encuentran en situación de necesidad inmediata tiene que ser de forma inmediata para prevenir el empeoramiento de la situación y así evitar el proceso de mayor vulnerabilidad y exclusión. Es fundamental que se abarque de una forma amplia cubriendo los diferentes tipos emergencia social, tanto de forma individual, familiar y colectiva, además de intervenir en casos de gran emergencia y/o catástrofe. Es importante una buena planificación y coordinación para estos casos, además de un adecuado seguimiento y evaluación para poder dar una atención completa.

## 6 Bibliografía

1. Arricivita, A. (2003) Situaciones sociales traumáticas (emergencias-urgencias): espacios de acción del Trabajador Social. Revista de Trabajo Social y Salud, (45), p.247-259.

2. Duque, T.; Estomba, I.; Agirre, J. (2011). Acción social municipal en situaciones de urgencia y emergencia social. Experiencia de las capitales de la CAPV. Revista de Servicios Sociales, (49), p.71-80.

3. Recuperado de: https://www.serviciossocialesypoliticasocial.com/intervencion-social-en-situaciones-de-emergencias-sociales-ii.

4. Recuperado de: https://www.psicosocialyemergencias.com/trabajo-social-ante-situacicones-de-urgencia-emergencia-social-analisis-investigacion-maresme/.

5. Recuperado de: https://www.trabajosocialclm.com/docs/pdf/799daf02312f11e9bf1b8abddcfaa2fd.bundle.pdf.

## Capítulo 439

# FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES QUE PASAN POR UN ICTUS: EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

MYRIAM JEANNETH PAUCAR PAUCAR

PIEDAD YOLANDA PAUCAR PAUCAR

MARIA ESTELA LA PARRA SALCEDO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

## 1 Introducción

El término ictus hace referencia a una enfermedad cerebrovascular o un trastorno de la circulación cerebral, que puede ser como consecuencia del flujo sanguíneo o una rotura a una arteria o vena cerebral, dando lugar a un ictus isquémico cerebral o hemorragia cerebral (Plaza, 2006)

La organización Mundial de la Salud (OMS) declara que las enfermedades cardiovasculares agudas o ictus se encuentran entre la tercera causa de muerte en los países occidentales, la segunda causa de demencia, y la primera causa de discapacidad física en las personas mayores. En España cada año 110.000-120.000 sufren un ictus, y un cincuenta por ciento tienen secuelas que los hacen dis-

capacitados y dependientes. Además, ha predicho que del 2000 al 2025 abra un incremento 27%

Las secuelas que deja un ictus en estos pacientes son variadas, más del 20% presentan parálisis, un 15% dificultad en el habla, perjudica la memoria, la conducta y capacidad cognitiva en un 30%, las cifras son preocupantes, ya que la población española es una sociedad envejecida, y el ictus afecta en un 75% a personas mayores de 65 años.

Todo esto conllevaba la necesidad de necesitar varios recursos especializados de los cuales existen carencias, a esto se suma el desconocimiento lo cual hace que los familiares tengan varios problemas, sumado a esto un acortamiento de la estancia hospitalaria que no ayuda a este perfil de pacientes (Romero et al., 2006, pp.7). Para la recuperación será necesaria atención logopeda, fisioterapéutica y terapia ocupacional, y para ello hace falta profesionales que informen y guíen donde acudir y que tramites hacer, para ello están los trabajadores sociales que trabajan en el ámbito hospitalario, quienes realizan su labor para abordar los problemas sociales, familiares, individuales y psicosociales (Millán –Franco, 2020).

En el presente capítulo de libro se describe las funciones que un trabajador social realiza para un adecuado manejo psicosocial a nivel individual y familiar con personas enfermas

## 2 Objetivos

- Analizar la intervención del trabajador social en los hospitales con pacientes con ictus.
- Dar a conocer los recursos existentes para las personas que están en dependencia a causa de las secuelas de esta enfermedad.
- Mostrar las pautas de actuación desde el inicio de la enfermedad y continuando con la recuperación, alta, y seguimiento de la salud para verificar si existe una mejora en la calidad de vida del paciente.

## 3 Metodología

Para realizar el presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo mediante una investigación a través de revisión bibliográfica sobre estudios de literatura existente sobre trabajo social con personas enfermas de ictus y vulnerables a nivel individual y comunitaria.

Se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de artículos científicos, libros, bases de datos y publicaciones en: Science Direct y Cielo, Google Académico.

## 4 Resultados

Tras la realización del análisis de varios artículos bibliográficos y consultar bases de datos, se obtiene información de las consecuencias sociales, psicológicas, económicas de las personas mayores que pasan por un ictus y que se encuentran en situación de vulnerabilidad, por ello se presentan propuestas para mejorar la atención a ellos y sus familias:

• Elaborar una correcta información sobre la reorganización del hogar y núcleo familiar.
• Informar sobre los medios que faciliten la recuperación, terapia, centros de día, residencias, ayuda a domicilio.
• Derivar a los centros especializados o atención primaria si lo necesita.
• Hacer acompañamiento tanto al paciente y su familia.
• Preservar el cuidado de la salud del paciente.
• Vigilar síntomas agudos y persistentes de tristeza, ansiedad, irritación o dañinas para sí mismo.
• Readecuar el mantenimiento de la rutina y hábitos de cuidado personal, ocio, actividad física, sueño, etc.
• Realizar un adecuado plan de intervención para cada caso según el nivel de dependencia y recursos.
• Ponerse en contacto son los trabajadores sociales de zona para que den una información más detallada sobre los recursos sociales existentes.
• Apoyo a las familias en casos de duelo.
• Recepción de casos para valorar la estructura familiar y apoya al paciente y su familia
• Promocionar o crear una red de apoyo para el paciente para fomentar la autonomía de estas personas.
• Búsqueda de recursos y coordinación entre la comunidad y el hospital si es necesario.
• Prevención de la sobrecarga en las familias tras el ictus.
• Utilización correcta de las herramientas y técnicas para una mejor atención.

El trabajador socia sanitario, realiza su labor mediante la intervención interdisciplinar para poder solucionar y atender la demanda de las familias y personas que atraviesan por un ictus, mediante la realización de la evaluación socio fa-

miliar, mediante la realización del diagnóstico integral del paciente tomando en consideración los aspectos médicos, sociales y físicos.

## 5 Discusión-Conclusión

Las secuelas que conlleva el haber padecido un ictus son variadas, provocando incluso la dependencia, cambiando la vida de la persona que lo padece y de su familia, afectando en todos ellos en lo laboral, económico, social, físico y psicológico. Tras la atención a diferentes patologías en espera por la pandemia, el recorte en medios para la mejora en sanidad ha enlentecido la mejora de la salud de estos pacientes, ya que por ejemplo, si antes se realizaba una rehabilitación diaria, ahora se realiza solamente dos días por semana.
Aspectos que dificultan el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria y dejándolos incapacitados o con dependencia leve, moderada o gran dependencia. Por estas razones, los pacientes, cuidadores o sus familias se encuentran desorientados, angustiados y uno de los profesionales que pueden ayudar para mejorar la autonomía del paciente y su familia, y el desarrollo de la protección, promoción, conservación y recuperación de la salud de la salud con base en sus necesidades y mejorando así su calidad de vida.

## 6 Bibliografía

1. Aldunate González, N. (2015). Trabajo Social Sanitario en casos de ictus en Navarra.
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).
2. 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-delasconsecuencias-sociales. pdf. nº1: Trabajo Social y Daño Cerebral.
3. Plaza, I. (2006). ¿Qué es un Ictus? En Guía de información al paciente con Ictus. (pp.
Rodríguez Moneo, A. (2017). Trabajo social grupal: intervención grupal con familiares de pacientes de ictus.
4. Rodríguez, F. (2006). Cuadernos FEDACE sobre Daño Cerebral sobrevenido. Cuaderno

Romero, P.; Espina, M.; Amorena, A.; Purroy, U.; Abdelkader, M.; Rodríguez, P. Recuperado de: https://www.svneurologia.org/libroictus.html.

## Capítulo 440

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

OLGA GARCÍA RODRIGO

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ ALARCÓN

VANESA RUIZ RONCERO

CLAUDIA MEDINA CARO

ROSA SERRANO MORENO

## 1 Introducción

Dentro de las múltiples patologías de la salud mental, los Trastornos de Conducta Alimentaria son una de las enfermedades de este ámbito con una alta incidencia y prevalencia a nivel mundial en los países del norte. Se deben a múltiples factores, pero afectan principalmente al género femenino en la época de la adolescencia. Los medios de comunicación han establecido un standard de belleza al que nos debemos someter. Los jóvenes son muy fáciles de manejar e influenciables de tal forma que comienzan a preocuparse por su aspecto físico y por el qué dirán las personas de su entorno. Esta patología exige que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga desarrolladas capacidades laborales para detectar de forma precoz a este tipo de pacientes de tal manera que se puede intervenir para prevenir y no para curar. Al hablar de descubrir a estos pacientes con antelación,

los centros de salud van a adquirir una importancia en la promoción y detención de las jóvenes con este tipo de problemas. De esta forma se interviene desde los programas de salud y podemos detectar los factores de riesgo en su entorno habitual que es su comunidad. Se debe realizar una valoración en base a los patrones nutricionales y a la autopercepción que tienen de sí mismas para poder realizar un programa individualizado de atención sanitaria al trastorno de conducta alimentaria.

## 2 Objetivos

- Describir la patología de los trastornos de conducta alimentaria.
- Mostrar las herramientas que utiliza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para apoyar a estas pacientes.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave:
Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trastornos alimentarios, adolescencia, anorexia, bulimia entre otros.

## 4 Resultados

La edad para que comiencen estos trastornos de la conducta alimentaria como patología mental cada vez es más pronto, tienen un alto índice de afectación y de mortalidad por las exigencias de la sociedad con respecto a la belleza. Desde que el hombre existe el hecho de comer es un acto diario que se realiza con ideas de hábitos saludables, han existido épocas en las que el hecho de ayunar estaba valorado. Dentro de las patologías que definen los trastornos de conducta alimentaria, se pueden distinguir la anorexia y bulimia nerviosas, los atracones y los trastornos que no se saben identificar y son como un cajón desastre. La anorexia nerviosa presenta una sintomatología de pérdida de peso que trata de mantener

mientras que la bulimia es un descontrol alimentario ya que existen grandes atracones con una purga a posteriori.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla un papel en la detección precoz de estas enfermedades:
- Realizar un programa individualizado para cada paciente.
- Seguimiento de los pacientes de forma individualizada, integral y con calidad.
- Realizar un proceso de cambio nutricional a través de terapia y medicación que ayudan a disminuir la ansiedad y favorecen la adquisición de hábitos alimentarios.
- Apoyar en las terapias de enfoque cognitivo-conductual grupales que corrigen ideas erróneas.
- Generar una relación terapéutica con la familia como medio de apoyo y ayuda para la paciente y expresión de sus necesidades.
- Explicar que la sobreprotección es perjudicial la rehabilitación de estas pacientes.
- Favorecer la ingesta saludable en base a los patrones de Gordon que al promover la salud se trata de prevenir el vómito con una dieta saludable como la mediterránea.
- Control de la hidratación.
- Control de la diuresis y heces.
- Favorecer el descanso y el sueño.
- Estimular la higiene corporal.
- Promover las relaciones sociales. Dentro de todas estas actividades, el técnico debe promover una vinculación terapéutica ya que es la mejor herramienta para tener éxito en el proceso de rehabilitación alimentaria de la menor.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los cuidados que ofrecemos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben ser individuales, dinámicos y con revisiones continuadas en base a la evolución de los pacientes. Las necesidades que van a precisar estos jóvenes son totalmente diferentes en todo el proceso por lo que tenemos que estar atentos para detectarlas y poder cubrirlas para promover la rehabilitación. En muchas ocasiones, las pacientes son complicadas y con una gran desestructuración mental por lo que debemos estar dispuestos a ser flexibles ya que evitamos desgastarnos y tenemos que generar medios de coordinación que favorezcan el proceso de cada paciente. Por último, debemos estar dispuesto a un

proceso de formación que nos cualifica para poder hacer frente a los pacientes con trastornos de conducta alimentaria.

## 6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeriaen-pacientes-con-trastornos-alimenticios/#::text=INTRODUCCION-,Los%20Trastornos%20de%20Conducta%20Alimentaria%20(TCA)%20son%20enfermedades%20de%20salud,sobretodo%20en%20el%20g%C3%A9nero%20femenino.
2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidadosintrahospitalario-tcae-paciente-con-anorexia/.
3. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa "Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario" Sexta edición. Mc Graw Hill.

## Capítulo 441

# LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LA ATENCION PRESENCIAL Y TELEFONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

## 1 Introducción

La atención presencial y telefónica desempeña un papel crucial en el servicio de urgencias de cualquier centro de atención médica. En este contexto, los auxiliares administrativos son elementos fundamentales que contribuyen a la eficacia y la calidad de la atención en momentos críticos. A través de la interacción directa con pacientes y familiares, así como mediante la gestión de comunicaciones telefónicas vitales, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en el flujo de trabajo del servicio de urgencias.

Esta combinación de atención presencial y telefónica requiere habilidades de comunicación excepcionales, empatía y eficiencia, ya que estos profesionales son a

menudo la primera línea de contacto para aquellos que buscan atención médica inmediata. Además, la atención administrativa que brindan contribuye a la organización interna del servicio de urgencias, permitiendo que los médicos y el personal médico se concentren en la atención clínica y el tratamiento.

En esta exploración más profunda, examinaremos cómo los auxiliares administrativos manejan la atención presencial y telefónica en el servicio de urgencias, así como su importancia para garantizar una atención oportuna y efectiva en situaciones críticas.

Es importante que el servicio de urgencias 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 una atención de alta calidad, gestionar eficientemente las operaciones administrativas y mantener altos estándares de seguridad del paciente.

## 2 Objetivos

- Gestión de los auxiliares administrativos en el manejo de la atención presencial y telefónica en el servicio de urgencias, así como su importancia para garantizar una atención oportuna y efectiva en situaciones críticas.

## 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 atención presencial y telefónica desempeñada por el auxiliar administrativo en el servicio de urgencias es esencial para garantizar una atención efectiva y eficiente a los pacientes en momentos críticos. Estas funciones abarcan una amplia gama de tareas que contribuyen directamente a la operación fluida y al soporte

de los profesionales médicos y de enfermería. A continuación, se detallan algunas de las funciones clave que el auxiliar administrativo realiza en la atención presencial y telefónica en el servicio de urgencias:

Atención Presencial:

- Recepción y Orientación: Dar la bienvenida a los pacientes y sus familias, proporcionar información básica sobre los procedimientos y el flujo del servicio de urgencias y dirigirlos a la ubicación adecuada.

- Registro de Pacientes: Recopilar información demográfica, datos de contacto y datos médicos esenciales para completar los registros de admisión de los pacientes.

- Registro de Emergencias: Gestionar la documentación requerida en situaciones de emergencia, asegurándose de que los registros médicos y administrativos estén actualizados y disponibles para el personal médico.

- Coordinación de Turnos: Colaborar con el personal médico y de enfermería para coordinar el flujo de pacientes y los recursos según la gravedad de la situación.

- Comunicación Interna: Facilitar la comunicación entre diferentes departamentos y profesionales, asegurándose de que los médicos y el personal estén informados sobre la llegada de pacientes y cualquier necesidad especial.

Atención Telefónica:

- Atención Telefónica a Pacientes: Responder llamadas telefónicas de pacientes y familiares, brindando información sobre los servicios disponibles en el servicio de urgencias, proporcionando instrucciones sobre cómo llegar y respondiendo a preguntas generales.

- Triage Telefónico: Evaluar la gravedad de las quejas de los pacientes por teléfono y proporcionar recomendaciones sobre si deben acudir al servicio de urgencias o buscar otro tipo de atención médica.

- Gestión de Citas y Programación: Gestionar las citas telefónicas para pacientes que necesitan atención urgente, asegurándose de que se programe el tiempo adecuado y de que se respeten las prioridades.

- Comunicación con Personal Médico: Facilitar la comunicación entre pacientes y el personal médico, transmitiendo información relevante y asegurándose de que

se atiendan las necesidades urgentes.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención presencial y telefónica proporcionada por el auxiliar administrativo en el servicio de urgencias desempeña un papel vital en la prestación de atención médica oportuna y eficiente a los pacientes en situaciones críticas. A través de estas funciones, el auxiliar administrativo se convierte en un nexo esencial entre los pacientes, sus familias y el equipo médico, asegurando un flujo de trabajo ordenado y una comunicación efectiva.

La atención presencial del auxiliar administrativo, que abarca desde la recepción y orientación de los pacientes hasta la coordinación de turnos y la comunicación interna, crea un ambiente acogedor y organizado en el servicio de urgencias. Los pacientes se sienten bienvenidos y apoyados en momentos de ansiedad, y el personal médico puede confiar en la administración eficiente para enfocarse en la atención clínica.

## 6 Bibliografía

- Pubmed

- Scielo

## Capítulo 442

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ATENCIÓN PRIMARIA EN ZONAS RURALES

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

## 1 Introducción

La atención primaria de salud en zonas rurales es un componente esencial para asegurar el bienestar y la salud de las comunidades que residen en áreas apartadas y remotas. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo cobra una importancia significativa al desempeñar una serie de funciones clave que contribuyen al funcionamiento eficiente de los centros de atención médica en estas regiones.

Esta exploración se adentrará en la labor crucial que realiza el auxiliar administrativo en la atención primaria de salud en zonas rurales. Desde la gestión de registros médicos hasta la coordinación de citas y el apoyo en tareas administrativas, el auxiliar administrativo se convierte en un vínculo vital entre las comunidades rurales y los servicios médicos, contribuyendo así a la promoción de la salud y al

acceso equitativo a la atención médica en áreas que a menudo enfrentan desafíos logísticos y geográficos.

El número de auxiliares administrativos en zonas rurales puede variar según varios factores, como la población atendida, el tamaño de la instalación de atención médica, la disponibilidad de recursos y las políticas de personal de la organización de salud. No existe un número fijo universal, ya que cada área rural puede tener diferentes necesidades y circunstancias.

## 2 Objetivos

- Conocer la gestión de registros médicos hasta la coordinación de citas y el apoyo en tareas administrativas en zonas rurales.

## 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 en la atención primaria de salud en zonas rurales desempeña un papel fundamental al garantizar el funcionamiento eficiente de los centros de atención médica en entornos donde los recursos y las infraestructuras pueden ser limitados. Sus funciones abarcan una variedad de tareas que contribuyen a mantener la continuidad de la atención médica y a mejorar el acceso a los servicios de salud en estas comunidades.

Las tareas de mejora para el auxiliar administrativo en zonas rurales son fundamentales para optimizar el funcionamiento de los centros de atención médica en estas comunidades y garantizar que los servicios de salud sean efectivos, eficientes y accesibles para todos. Aquí hay algunas tareas de mejora que el auxiliar administrativo podría considerar implementar en zonas rurales:

- Digitalización de Registros: Implementar sistemas electrónicos de gestión de

registros para agilizar la recopilación, el almacenamiento y el acceso a la información médica y administrativa de los pacientes.

- Capacitación en Tecnología: Proporcionar capacitación a los pacientes y al personal sobre cómo utilizar tecnologías simples, como aplicaciones móviles, para programar citas, acceder a información de salud y recibir recordatorios.

- Telemedicina: Colaborar con profesionales de la salud para establecer servicios de telemedicina, lo que permitiría a los pacientes recibir atención médica a distancia, especialmente en casos de dificultades para acceder al centro médico.

- Programas de Educación en Salud: Organizar talleres y charlas sobre temas de salud relevantes para la comunidad, como prevención de enfermedades, higiene y nutrición.

- Gestión de Turnos Efectiva: Implementar un sistema eficiente de gestión de turnos que minimice el tiempo de espera de los pacientes y garantice una atención más puntual.

- Servicios Comunitarios: Colaborar con organizaciones locales para brindar servicios de salud y programas educativos directamente en la comunidad, acercando la atención a aquellos que no pueden llegar al centro médico.

- Recopilación de Datos Demográficos: Realizar encuestas y recopilar datos demográficos y de salud para comprender mejor las necesidades de la comunidad y adaptar los servicios en consecuencia.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la atención primaria de salud en zonas rurales es de vital importancia para garantizar que las comunidades rurales tengan acceso a servicios médicos efectivos y de calidad. A través de una amplia gama de funciones, el auxiliar administrativo se convierte en un enlace esencial entre los pacientes y el personal médico, facilitando la organización y el flujo de trabajo en entornos que a menudo enfrentan desafíos logísticos y geográficos.

La atención primaria en zonas rurales implica desafíos únicos, como la falta de recursos, la distancia a los centros médicos y la necesidad de servicios adaptados a las necesidades locales. El auxiliar administrativo desempeña un papel clave al

gestionar citas, mantener registros precisos, brindar apoyo al personal médico y ofrecer atención al cliente cálida y acogedora. Además, la implementación de mejoras, como la digitalización de registros y la promoción de programas de salud preventiva, contribuye a optimizar la atención y aumentar la calidad de vida de la comunidad rural.

## 6 Bibliografía

-Pubmed

- Scielo

## Capítulo 443

# DIFERENCIA DE TAREAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SEGÚN EL TIPO DE UNIDAD DE CIRUGIA

MARIA PILAR RUBIO SANCHEZ

PAOLA GARCÍA QUIÑONES

M.ARANZAZU RODRÍGUEZ ALCAIDE

ROSA GARCÍA CASTRO RODRIGUEZ

PABLO RODRIGUEZ ABELLAN

## 1 Introducción

El auxiliar administrativo en la unidad de cirugía desempeña un papel crucial para garantizar la operación fluida y eficiente de esta área vital en un entorno médico. Sus funciones van más allá de las tareas administrativas, ya que su labor también contribuye a la coordinación y el bienestar de los pacientes, el personal médico y la unidad en su conjunto.
Para la elaboración de este trabajo es importante diferenciar entre los tipos de unidad de cirugía que existen, ya que dependerán de si la unidad de cirugía incluye ingreso o no. Es por esto, que consideramos importante desarrollar en

primer lugar la diferencia que existe entre estas dos unidades de Cirugía (con ingreso y sin ingreso), para así resaltar qué tareas son las que desarrolla el auxiliar administrativo tanto generales como específicas de cada unidad.

-Unidad de Cirugía con Ingreso: los pacientes que se someten a cirugía requieren una estancia hospitalaria después del procedimiento. Esto significa que después de la cirugía, los pacientes son trasladados a una habitación del hospital para recuperarse durante un período de tiempo específico. Algunas características de esta unidad son: procedimientos más complejos en los que se requiere anestesia general o un postoperatorio en el que los pacientes son monitoreados.

-Unidad de Cirugía sin Ingreso: en esta unidad los pacientes se someten a procedimientos quirúrgicos que no requieren una estancia hospitalaria posterior. Después de la cirugía, los pacientes son dados de alta y pueden regresar a sus hogares para continuar su recuperación.

## 2 Objetivos

- Conocer las diferencias existentes en las tareas de un auxiliar administrativo según su unidad de trabajo.

- Importancia y repercusión de las funciones para el correcto funcionamiento de la Unidad de Cirugía.

## 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

Tal y como hemos mencionado anteriormente podemos decir que las diferencias entre una unidad de cirugía con ingreso y sin ingreso se basan en los siguientes aspectos generales:

-Complejidad de los Procedimientos.

-Necesidad de hospitalización postoperatoria (después de la cirugía)
-Recuperación en el Hospital bajo la supervisión del personal medico.
-Monitoreo continuo para asegurar que se recupera correctamente.
-Infraestructura Hospitalaria.

No obstante, existen multitud de tareas genéricas para los auxiliares administrativos que son de vital importancia para el resto de profesionales que se encuentran en la unidad como pueden ser médicos, enfermeros, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería e incluso celadores, ya que todas cada tarea influye en la siguiente, garantizándose así el mejor resultado posible.
Algunas de las funciones clave del auxiliar administrativo en la unidad de cirugía incluyen:

- Coordinar las programaciones de cirugías, organizando los horarios y la disponibilidad del equipo médico.
-Registrar la información detallada de los pacientes que se someterán a cirugía, incluyendo datos personales, historial médico y consentimientos.
-Trabajar en colaboración con el personal médico para asegurarse de que todos los recursos necesarios para la cirugía estén en su lugar, como anestesiólogos, enfermeras quirúrgicas y cirujanos.
-Asegurar que todas las historias clínicas y registros médicos estén en orden y disponibles para el equipo quirúrgico antes de cada procedimiento.
-Organizar y preparar la documentación necesaria para cada cirugía, como hojas de consentimiento, órdenes médicas y notas quirúrgicas.
- Brindar información a los pacientes sobre las instrucciones preoperatorias, la preparación necesaria y las pautas posteriores a la cirugía.
-Asegurar que los equipos quirúrgicos y los suministros necesarios estén disponibles para cada procedimiento.
- Administrar la agenda del personal quirúrgico y se asegura de que todos los involucrados estén informados sobre las programaciones y cambios.
- Llevar un registro y archivo preciso de toda la documentación relacionada con las cirugías, lo que es crucial para fines legales y de seguimiento.
-Asegurar la confidencialidad de la información médica y personal de los pacientes de acuerdo con las normas vigentes de privacidad.

Por lo que podemos afirmar que el auxiliar administrativo en la unidad de cirugía es un enlace vital entre el personal médico, los pacientes y otros departamentos del hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en la unidad de cirugía desempeña un papel que no solo facilita el trabajo del equipo médico, sino que también tiene un impacto directo en la experiencia de los pacientes. Al asegurarse de que los procedimientos quirúrgicos se realicen de manera organizada y eficiente, el auxiliar administrativo juega un papel fundamental en el éxito de la unidad de cirugía y en la entrega de una atención médica de calidad.

No obstante, es importante destacar que el impacto de las nuevas tecnologías y la automatización de procesos está influyendo notoriamente en las funciones y responsabilidades de los auxiliares administrativos tanto del área sanitaria (hospitales, centros de salud, gerencias…) como en cualquier otra organización de otro sector.

Es importante reconocer que, si bien la tecnología automatizada puede cambiar la forma en que se realizan las tareas, no puede reemplazar por completo las habilidades humanas, como la toma de decisiones, la empatía y la comunicación efectiva. Los auxiliares administrativos pueden encontrar formas de complementar su experiencia con la automatización para mejorar la eficiencia y la calidad de su trabajo.
Es por ello, que en este caso concreto en la unidad de cirugía podemos concluir que el auxiliar administrativo tiene una gran importancia ya que sus decisiones y tareas no sólo influyen en el personal médico si no que también influyen en la satisfacción y comodidad de los pacientes, asegurándose que todas sus funciones se realizan de la manera más óptima, eficiente y resolutiva posible.

## 6 Bibliografía

- Pubmed

- Scielo

## Capítulo 444

# TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

## 1 Introducción

La psiquiatría en un hospital es una rama médica que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y manejo de trastornos mentales y emocionales en un entorno hospitalario. Los hospitales que cuentan con unidades de psiquiatría ofrecen servicios especializados para abordar una amplia gama de condiciones psiquiátricas, desde trastornos del estado de ánimo y ansiedad hasta psicosis y trastornos de la personalidad.

La presencia de un servicio de psiquiatría en un hospital es esencial para proporcionar atención integral a pacientes que requieren cuidados médicos y terapéuticos para trastornos mentales. Estos servicios no solo incluyen intervenciones farmacológicas, sino también terapias individuales y grupales, evaluaciones psicológicas, apoyo emocional y rehabilitación psicosocial.

La atención a pacientes psiquiátricos requiere una comprensión especializada y un enfoque sensible para abordar las necesidades de salud mental de quienes lo necesitan. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental al brindar apoyo y atención integral a los pacientes con trastornos psiquiátricos. La interacción con pacientes psiquiátricos exige una combinación de empatía, habilidades de comunicación y conocimiento de los procedimientos específicos que garantizan una atención efectiva y respetuosa. Esta exploración se sumergirá en las funciones clave del técnico en la atención al paciente psiquiátrico, destacando su contribución al bienestar mental y emocional de quienes enfrentan desafíos en su salud mental.

## 2 Objetivos

- Brindar apoyo y atención integral a los pacientes con trastornos psiquiátricos.

- Asistencia en actividades recreativas y prevención de situación de riesgo.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con diferentes bases de datos con la intención de buscar cualquier artículo que nos pueda servir para integrar las funciones o manejo debe realizar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.Las bases de datos son: SCIELO; PUMBED, MEDLINE.

## 4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado y la atención de los pacientes psiquiátricos. Su función va más allá de brindar cuidados físicos, ya que involucra el apoyo emocional, la observación constante y la colaboración con el equipo de salud mental. Aquí están algunas de las funciones clave del Técnico en relación con el paciente psiquiátrico:

- Administración de Medicamentos: Colaborar en la administración de medicamentos prescritos por el médico, siguiendo las pautas y horarios establecidos.

- Observación Continua: Vigilar de cerca el comportamiento y el estado emocional del paciente, identificando signos de agitación, ansiedad o cambios en su

condición.

- Comunicación con el Equipo de Salud: Reportar cualquier cambio en el paciente al equipo médico y de enfermería, colaborando en la evaluación de su progreso y necesidades.

- Participación en Terapias: Asistir en las sesiones terapéuticas individuales y grupales, colaborando en la preparación del entorno y brindando apoyo durante las sesiones.

- Prevención de Situaciones de Riesgo: Identificar situaciones que puedan desencadenar conductas desafiantes o crisis y colaborar con el equipo para prevenir incidentes.

- Comunicación con el Paciente: Escuchar las preocupaciones y pensamientos del paciente, promoviendo un ambiente de apertura y respeto.

- Colaboración en Planes de Cuidado: Participar en la implementación de planes de cuidado individualizados, asegurándose de que las necesidades del paciente sean atendidas de manera integral.

- Mantenimiento de Registros: Registrar observaciones relevantes sobre el comportamiento y la condición del paciente, proporcionando información útil para el equipo de salud mental.

- Asistencia en Actividades Recreativas: Participar en actividades recreativas y terapéuticas que promuevan la socialización y el bienestar emocional del paciente.

- Ambiente Terapéutico: Contribuir a crear un ambiente tranquilo y seguro, minimizando estímulos estresantes y promoviendo un entorno de recuperación.

## 5 Discusión-Conclusión

Con una actitud empática, afable y cariñosa el técnico en cuidados auxiliares de enfermería podrá ganar confianza con el paciente psiquiátrico y no parecer un extraño para el mismo. Debemos recordar que el paciente psiquiátrico puede variar su comportamiento en un espacio muy corto de tiempo, aquí es donde el técnico tendrá que dar la mayor normalidad posible.

Hay que ser claro con el paciente para que en ningún momento cree cierta descon-

fianza hacia nosotros. Recordar que debemos ser muy estrictos con su privacidad. Tenemos que estar en constante comunicación con todo el equipo médico para cualquier cambio que pueda existir en uno o varios pacientes.

## 6 Bibliografía

-Scielo

## Capítulo 445

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): NUTRICIÓN ENTERAL POR BOMBA DE INFUSIÓN

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

TABITA TULAC NECHITA

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

## 1 Introducción

La nutrición enteral por bomba de infusión es un procedimiento esencial en la atención médica que se utiliza para suministrar nutrientes a pacientes que no pueden alimentarse de manera oral o que necesitan una nutrición especializada. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la administración segura y efectiva de este tipo de terapia nutricional.

Esta técnica se aplica a pacientes que presentan dificultades para tragar, tienen trastornos médicos que afectan su capacidad para comer o requieren una alimentación específica para satisfacer sus necesidades nutricionales. La nutrición

enteral se diferencia de la nutrición parenteral, que implica la administración de nutrientes directamente en el torrente sanguíneo.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el contexto de la nutrición enteral por bomba de infusión, desempeñarás varias funciones esenciales para garantizar el bienestar del paciente y la administración segura de la terapia nutricional.

A lo largo de este trabajo, se proporcionará información esencial sobre la nutrición enteral por bomba de infusión, incluyendo los pasos básicos para su administración, el cuidado del paciente y la importancia de la seguridad en este proceso. Los Técnicos deben tener un conocimiento sólido y habilidades adecuadas para llevar a cabo esta tarea, trabajando en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud.

## 2 Objetivos

- Conocer la preparación de la fórmula enteral, la conexión de la sonda de alimentación, la programación y monitorización de la bomba de infusión, la documentación adecuada, la comunicación efectiva y el cuidado y la seguridad del paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería:

- Preparación de materiales y equipo: Asegurarse de que todos los materiales y equipos necesarios estén limpios, estériles y listos para su uso, incluyendo la bomba de infusión, la sonda de alimentación, el conector, la bolsa o botella de la fórmula enteral y las jeringas necesarias.

- Identificación del paciente: Verificar la identidad del paciente para asegurarse de que la nutrición enteral se administre al paciente correcto, siguiendo los protocolos de seguridad.

- Preparación de la fórmula enteral: Preparar la fórmula enteral de acuerdo con las indicaciones médicas y las normativas de higiene y seguridad, siguiendo las instrucciones del profesional de salud a cargo.

- Conexión de la sonda de alimentación: Insertar la sonda de alimentación en la nariz o el estómago del paciente, dependiendo de la ubicación prescrita, y conectarla a la bomba de infusión de manera segura.

- Programación de la bomba de infusión: Configurar la bomba de infusión según las indicaciones médicas, estableciendo la velocidad de infusión y la cantidad total de nutrición enteral a administrar.

- Monitorización del proceso: Vigilar de cerca la infusión de la nutrición enteral para detectar posibles complicaciones o problemas, como obstrucciones de la sonda, alarmas de la bomba de infusión o reacciones adversas del paciente.

- Registro y documentación: Llevar un registro detallado de la administración de la nutrición enteral, incluyendo la fecha, la hora, la cantidad administrada y cualquier observación relevante. Esto es fundamental para el seguimiento y la evaluación del tratamiento.

- Comunicación: Mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud, informando cualquier cambio en la condición del paciente o cualquier problema relacionado con la administración de la nutrición enteral.

- Cuidado del paciente: Brindar apoyo y comodidad al paciente durante la administración de la nutrición enteral, asegurándose de que esté posicionado adecuadamente y que no experimente molestias significativas.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la administración de nutrición enteral por bomba de infusión dentro del entorno de atención médica.

Sus funciones incluyen la preparación de materiales y equipo, la identificación del paciente, la preparación de la fórmula enteral, la conexión de la sonda de al-

imentación, la programación y monitorización de la bomba de infusión, la documentación adecuada, la comunicación efectiva y el cuidado y la seguridad del paciente. Sin embargo, es fundamental destacar que estas responsabilidades deben llevarse a cabo bajo la supervisión y las indicaciones de profesionales de la salud con licencia, como enfermeros o médicos, y siguiendo estrictamente los protocolos de seguridad y las regulaciones aplicables.

El Técnico juega un papel crucial en el equipo de atención médica, contribuyendo al bienestar y la recuperación de los pacientes que requieren nutrición enteral por bomba de infusión.

## 6 Bibliografía

-Pubmed y Scielo

## Capítulo 446

# LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE PARTOS

TABITA TULAC NECHITA

JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

PAULA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

FRANCISCA CARCELEN APARICIO

## 1 Introducción

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la sala de partos es fundamental para garantizar una atención de calidad a las mujeres que están dando a luz y a sus bebés. La labor de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este entorno se caracteriza por su apoyo constante al equipo de profesionales de la salud, incluyendo a médicos y enfermeras obstetras, en la atención a las parturientas y los recién nacidos.
Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son muy diversas, el objetivo principal es el apoyo continuo al personal médico y el seguimiento del paciente en las horas más importantes antes, durante y después del parto.
Entre las funciones podemos destacar: la preparación de la sala antes de que llegue la parturienta, asistencia al personal médico, mantenimiento continuo de la higiene, entre otras que desarrollaremos más profundamente en este trabajo.

En una sala de partos podemos encontrar personal sanitario que combina sus esfuerzos y conocimientos entre sí para asegurar el éxito de cada nacimiento.

Entre ellos están:
- Obstetras o ginecólogos
- Enfermeras obstetras o matronas
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)
- Anestesiólogos
- Pediatras

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la sala de partos desempeña un papel esencial en el equipo de atención médica, brindando apoyo tanto físico como emocional a las parturientas y colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé durante el proceso de parto. Su labor contribuye significativamente a la experiencia positiva de dar a luz y al cuidado de la salud materna e infantil.

## 2 Objetivos

- Conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la sala de partos.

- Cómo se organiza una Sala de partos y el personal sanitario necesario.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La labor de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este entorno se caracteriza por su apoyo constante al equipo de profesionales de la salud. A continuación, se describen las funciones clave que desempeñan:

• Preparación de la sala: Antes de que llegue la parturienta, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe asegurarse de que la sala de partos esté completamente equipada y lista para su uso. Esto implica verificar la disponibilidad de suministros médicos esenciales, preparar la cama de parto, y asegurarse de que los equipos médicos, como monitores y equipos de reanimación neonatal, estén en funcionamiento.

• Apoyo emocional: Las mujeres que están dando a luz pueden experimentar una amplia gama de emociones y ansiedades. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial al proporcionar apoyo emocional a la parturienta y su familia. Esto incluye escuchar sus preocupaciones, tranquilizarlas y ofrecer palabras de aliento.

• Asistencia al personal médico: Los técnicos colaboran estrechamente con el personal médico, como obstetras y enfermeras especializadas en obstetricia, durante el parto. Ayudan en procedimientos médicos, como la administración de medicamentos según las indicaciones, la preparación de instrumental médico y el registro de información relevante en la historia clínica.

• Control de signos vitales: El auxiliar es responsable de tomar y registrar los signos vitales de la parturienta en intervalos regulares, como la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria. Esto es esencial para monitorear el bienestar de la madre durante el proceso de parto.

• Cuidado del recién nacido: Una vez que el bebé nace, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede asistir al personal médico en la atención inmediata al recién nacido. Esto puede incluir la limpieza, el pesaje y la medición del bebé, así como la preparación para la primera toma de pecho y la colocación de identificadores.

• Mantenimiento de la higiene: La higiene es fundamental en la sala de partos para prevenir infecciones. El técnico debe garantizar que todo el entorno esté limpio y desinfectado, y que se sigan los protocolos de asepsia y antisepsia de manera rigurosa.

• Transferencia y documentación: Después del parto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ayudar en la transferencia de la madre y el bebé a otras áreas, como la sala de recuperación o la habitación de maternidad. También es responsable de documentar de manera precisa y completa toda la información relevante sobre el parto en los registros médicos.

• Educación: En algunas situaciones, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede proporcionar información y educación básica a la madre sobre el cuidado del recién nacido, la lactancia materna y el autocuidado postparto

## 5 Discusión-Conclusión

La sala de partos en un hospital está diseñada para brindar un entorno seguro y equipado para el proceso de parto, con áreas específicas para la admisión, el monitoreo, el parto y la recuperación. El personal de atención médica trabaja en equipo para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido durante este momento crucial. Aquí, es donde entra en juego el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en el que se garantiza la atención de calidad y la seguridad tanto de las madres como de los recién nacidos.

Algunos puntos clave para resumir este trabajo son:

- Apoyo valioso tanto para el personal sanitario como para los pacientes y familias
- Trabajar codo con codo con obstetras y resto de personal de la salud
- El registro de los signos vitales de la parturienta, para conocer el estado de salud constantemente
- Asistencia en el cuidado esencial del recién nacido

Su dedicación y competencia son vitales para asegurar que el proceso de parto se desarrolle de manera óptima y que la experiencia de dar a luz sea lo más positiva y segura posible

## 6 Bibliografía

- Pubmed

- Scielo

## Capítulo 447

# FUNCIONES DEL CELADOR DESDE QUE UN PACIENTE FALLECE

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

MARGARITA VIELSA VILLALON

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

## 1 Introducción

La función del celador en el proceso que sigue a la defunción de un paciente es de gran importancia dentro de un entorno hospitalario. Tras el fallecimiento de un paciente, el celador desempeña un papel fundamental en la gestión de la situación, no solo desde una perspectiva logística, sino también brindando apoyo emocional a los familiares y colaborando estrechamente con el personal de salud para garantizar que el proceso se lleve a cabo de manera respetuosa y eficiente.

En esta introducción, exploraremos las responsabilidades y funciones del celador después de que un paciente fallece en un hospital, destacando su relevancia en la transición de cuidados y en el acompañamiento a las familias en momentos de duelo.

En este trabajo también vamos a destacar una función muy importante y en ocasiones prácticamente desconocida para la sociedad, concretamente el manejo de

Cuerpos no reclamados, esta situación se da cuando no hay familiares o responsables que reclamen el cuerpo fallecido, en estos casos se abre un proceso regularizado y protocolizado por parte del hospital.

El número de celadores o asistentes de servicios hospitalarios que están involucrados cuando fallece un paciente puede variar según el hospital, la unidad de atención y las circunstancias específicas. Generalmente, en el momento del fallecimiento de un paciente, se activa un protocolo establecido por el hospital para garantizar un manejo adecuado de la situación y proporcionar apoyo a la familia del paciente.

## 2 Objetivos

- Desarrollar funciones habituales de un celador cuando un paciente fallece.

- Protocolos a seguir en situaciones no habituales para un 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

Su función abarca diversas responsabilidades que contribuyen a la gestión respetuosa y ordenada de la situación. A continuación, explicamos con detalle el papel del celador en este contexto:

- Verificación del Fallecimiento: Uno de los primeros roles del celador es verificar el fallecimiento del paciente. Esto implica confirmar que el paciente ha dejado de mostrar signos vitales, como pulso, respiración y actividad cardíaca. Esta verificación es esencial para evitar errores en la identificación de la muerte.

- Comunicación con el Personal Médico: El celador notifica de inmediato al personal médico o de enfermería sobre el fallecimiento del paciente. Esta comu-

nicación es crucial para que se puedan tomar las medidas necesarias, como la emisión de un certificado de defunción.

- Acompañamiento a la Familia: Brindar apoyo emocional a los familiares del paciente fallecido es una tarea sensible. El celador puede estar presente para responder a las preguntas de la familia, ofrecer consuelo y asistir en la coordinación de las siguientes etapas, como la firma de documentos relacionados con la defunción.

- Preparación del Cuerpo: Ayudar en la preparación del cuerpo del paciente fallecido. Esto puede incluir el cierre de los ojos, la colocación de una etiqueta de identificación y otras medidas para garantizar que el cuerpo se mantenga en una posición digna y respetuosa.

- Manejo del Cadáver: Si es necesario, trasladar el cuerpo del paciente a la morgue o a una sala de espera designada, siguiendo los protocolos establecidos por el hospital. Este proceso debe realizarse con respeto y cuidado.

- Documentación y Registros: El celador es responsable de completar la documentación necesaria relacionada con el fallecimiento, como la elaboración del certificado de defunción y el registro de los detalles en el sistema hospitalario. La precisión en la documentación es crucial.

- Limpieza y Preparación del Espacio: Una vez que se ha trasladado el cuerpo, el celador puede ayudar a limpiar y preparar la habitación o la sala donde ocurrió el fallecimiento. Esto incluye el reabastecimiento de suministros y el mantenimiento del orden.

- Manejo de Cuerpos No Reclamados (si es necesario): En casos en los que el cuerpo no sea reclamado por la familia o no haya instrucciones específicas, el celador puede estar involucrado en la coordinación de la disposición apropiada del cuerpo, que puede incluir su traslado a una morgue o centro funerario. Las funciones que son necesarias en esta situación concreta son: verificar la identidad del fallecido, elaboración del documento de defunción, almacenamiento del cuerpo a un lugar seguro y adecuado, coordinarse con las autoridades locales para cumplir los procedimientos y colaborar estrechamente con el personal médico.

## 5 Discusión-Conclusión

El papel del celador desde que el paciente fallece hasta que su cuerpo llega al mortuorio es fundamental en el contexto hospitalario, tal como podemos ver la multitud de tareas que realiza son básicas para garantizar que el proceso sigue el transcurso correcto. Durante este proceso, el celador desempeña una serie de funciones que abarcan desde la verificación del fallecimiento hasta la preparación y traslado del cuerpo, así como la atención a las necesidades emocionales de los familiares. Su compromiso y profesionalismo son vitales para asegurar un trato digno y humano en todas las etapas del proceso.
La labor del celador no solo se limita a la logística, sino que también implica un profundo respeto y empatía hacia el paciente fallecido y sus seres queridos. Este profesional actúa como un enlace clave entre el entorno médico y las personas en duelo, ofreciendo apoyo y comprensión en un momento tan delicado y emotivo.

Es importante destacar que tras explicar mas detenidamente la función Manejo de Cuerpos No Reclamados podemos afirmar que en muchas ocasiones este proceso es desconocido ya que es una situación poco habitual, por lo que muchos celadores se encuentran sin información o sin los recursos necesarios para hacer frente. Por ello, es labor del hospital y de los centros de formación informar de todas las situaciones posibles que pueden darse y elaborar unos protocolos de actuación en cada caso.

## 6 Bibliografía

https://revistamedica.com/actuacion-celador-exitus-paciente/

## Capítulo 448

# EL CELADOR EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

MARGARITA VIELSA VILLALON

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

## 1 Introducción

La función de un celador en el departamento de Urgencias de un hospital es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de esta área crítica de atención médica. Los celadores desempeñan un papel crucial en el apoyo al personal médico y de enfermería, así como en la comodidad y el bienestar de los pacientes que buscan atención médica de emergencia. En esta introducción, exploraremos la importancia de la labor del celador en Urgencias y sus principales responsabilidades en este entorno de atención médica crucial.

El número de celadores en un departamento de Urgencias de un hospital puede variar considerablemente según varios factores, incluido el tamaño del hospital, la capacidad de Urgencias, la demanda de atención de emergencia y las políticas de personal del hospital. No existe un número fijo de celadores en Urgencias que se aplique universalmente, ya que cada hospital puede tener su propia estructura de personal basada en sus necesidades específicas.

En hospitales más grandes y centros médicos de mayor capacidad, es probable que haya más celadores disponibles en Urgencias para satisfacer la demanda. En hospitales más pequeños o con menos flujo de pacientes en Urgencias, es posible que haya menos celadores asignados a esta área.

La asignación de personal en Urgencias se realiza para garantizar que se brinde una atención de calidad y segura a los pacientes que requieren atención médica de emergencia. Por lo tanto, la cantidad de celadores se determina en función de la carga de trabajo, las políticas del hospital y las regulaciones locales. Cada hospital establecerá su propio número de celadores de acuerdo con sus necesidades y recursos disponibles.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia en la asistencia en situaciones de emergencia por parte de un celador en el departamento de Urgencias de un hospital.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La asistencia en situaciones de emergencia por parte de un celador en el departamento de Urgencias de un hospital es crucial para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante situaciones críticas. Los celadores están capacitados para colaborar con el personal médico y de enfermería en situaciones de emergencia y desempeñan un papel fundamental en la atención de pacientes en condiciones críticas. Algunas de las formas en que un celador puede proporcionar asistencia en situaciones de emergencia incluyen:

- Reanimación Cardiopulmonar (RCP): En casos de paro cardíaco o respiratorio, los celadores pueden ser llamados para ayudar en la administración de la RCP. Esto puede incluir la compresión torácica según las directrices actuales de RCP,

la preparación de equipos de desfibrilación automática externa (DEA) y la coordinación con el personal médico y de enfermería.

- Movilización de pacientes críticos: Los celadores pueden ayudar a trasladar a los pacientes críticos a áreas de tratamiento especializadas, como la sala de reanimación o la unidad de cuidados intensivos (UCI), en coordinación con el personal de enfermería y médico.

- Preparación de equipos y suministros: En situaciones de emergencia, los celadores pueden colaborar en la preparación de equipos y suministros necesarios para procedimientos de emergencia, como intubación, administración de medicamentos o colocación de dispositivos de soporte vital.

- Evacuación segura: En caso de desastres o emergencias médicas masivas, los celadores pueden ayudar en la evacuación segura de pacientes y personal del hospital. Esto puede implicar movilizar camillas, sillas de ruedas y otros equipos para garantizar una evacuación eficiente.

- Comunicación efectiva: Mantener una comunicación clara y efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial en situaciones de emergencia. Los celadores pueden actuar como enlace para coordinar las acciones necesarias y asegurarse de que se sigan los protocolos adecuados.

- Seguridad del entorno: En situaciones de emergencia, los celadores también tienen la responsabilidad de garantizar que el entorno en Urgencias sea seguro y que no haya riesgos potenciales para los pacientes y el personal.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia en situaciones de emergencia por parte de un celador en el departamento de Urgencias de un hospital es esencial para garantizar una respuesta efectiva y rápida ante situaciones críticas. Los celadores desempeñan un papel crucial en la atención de pacientes en condiciones críticas y colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería para brindar una atención de alta calidad.

Las funciones de un celador en situaciones de emergencia pueden incluir la participación en la reanimación cardiopulmonar (RCP), la movilización de pacientes críticos, la preparación de equipos y suministros, la evacuación segura en casos de desastres y la garantía de un entorno seguro. Su capacidad para comunicarse

de manera efectiva y trabajar bajo presión es esencial para coordinar las acciones necesarias y seguir los protocolos establecidos.

## 6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

## Capítulo 449

# EL CELADOR EN GERIATRIA

MARIA JOSEFA ABELLAN CASTILLO

MARGARITA VIELSA VILLALON

SONIA RAMOS MARTÍNEZ

ANA MARIN YESTE

JUANA MARIA YESTE RAMIREZ

## 1 Introducción

El papel del celador en el ámbito de la geriatría es fundamental para proporcionar atención y apoyo de calidad a las personas mayores. La geriatría se centra en el cuidado de adultos mayores y aborda una variedad de aspectos relacionados con el envejecimiento, la salud y la calidad de vida. En esta introducción, exploraremos la importancia del celador en el contexto de la geriatría y su contribución al bienestar de las personas mayores en entornos de atención médica y residencias para personas de la tercera edad y la importancia de la alimentación en los mismos.

La función del celador en la alimentación en geriatría es de gran importancia, ya que la alimentación adecuada es esencial para la salud y el bienestar de las personas mayores. El celador en este contexto desempeña diversas funciones relacionadas con la nutrición y la alimentación de los residentes en residencias de ancianos, hospitales geriátricos y otros entornos de atención a personas mayores.

El celador en la alimentación en geriatría desempeña un papel crucial en garantizar que los residentes mayores reciban la atención nutricional necesaria para mantener su salud y bienestar. Su trabajo contribuye a la prevención de la desnutrición y la promoción de una alimentación adecuada y placentera en este grupo de población vulnerable.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia del celador en el contexto de la geriatría y su contribución al bienestar de las personas mayores en entornos de atención médica y residencias para personas de la tercera edad y la importancia de la alimentación en los mismos.

## 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 dejamos algunas de las funciones clave del celador en la alimentación en geriatría:

- Asistencia en la ingesta de alimentos: Ayudar a los residentes mayores con dificultades para alimentarse de manera independiente. Esto puede incluir proporcionar apoyo físico para sujetar utensilios, cortar alimentos o llevar alimentos a la boca.

- Promoción de la alimentación independiente: Fomentar la independencia de los residentes al alentarlos a comer por sí mismos siempre que sea posible. Esto puede incluir brindar utensilios adaptados o estrategias para facilitar la alimentación independiente.

- Registro de la ingesta: Registrar la cantidad de alimentos y líquidos consumidos por cada residente. Esto es importante para monitorear la ingesta nutricional y

asegurarse de que se estén cumpliendo las necesidades dietéticas individuales.

- Observación de signos de desnutrición: Estar atento a signos de desnutrición o deshidratación en los residentes, como pérdida de peso inexplicada, cambios en el apetito o problemas con la deglución.

- Colaboración con el personal de cocina: Trabajar en estrecha colaboración con el personal de cocina para garantizar que las comidas se preparen de acuerdo con las necesidades dietéticas y las restricciones médicas de los residentes.

- Administración de dietas especiales: Asegurarse de que los residentes que requieren dietas especiales, como dietas blandas, sin sal o sin azúcar, reciban alimentos que se ajusten a sus necesidades específicas.

- Seguimiento de las recomendaciones médicas: Seguir las recomendaciones médicas y dietéticas para los residentes que tienen condiciones médicas que requieren una atención nutricional especializada, como la diabetes o la enfermedad de Alzheimer.

- Comunicación con el personal de enfermería: Mantener una comunicación efectiva con el personal de enfermería y médico para informar sobre cualquier preocupación relacionada con la alimentación o la nutrición de los residentes.

- Promoción de un ambiente agradable: Fomentar un ambiente de comedor agradable y social para los residentes, alentando la interacción y la participación en las comidas.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función del celador en la alimentación en geriatría es esencial para garantizar que las personas mayores que residen en residencias de ancianos, hospitales geriátricos y otros entornos de atención reciban una alimentación adecuada y nutritiva. Su labor se enfoca en proporcionar asistencia a los residentes con dificultades para alimentarse de manera independiente, promover la alimentación independiente cuando sea posible y asegurarse de que se cumplan las necesidades dietéticas individuales y las restricciones médicas.

Además, el celador en la alimentación en geriatría desempeña un papel importante en la observación de signos de desnutrición o deshidratación y en la comunicación con el personal de enfermería y médico para abordar cualquier preocu-

pación relacionada con la alimentación y la nutrición de los residentes.

La atención nutricional adecuada es esencial para la salud y el bienestar de las personas mayores, y el celador desempeña un papel clave en la promoción de una alimentación saludable, la prevención de problemas nutricionales y la creación de un ambiente de comedor agradable y social para los residentes. Su dedicación y atención a las necesidades de los residentes contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en estos entornos de atención geriátrica.

## 6 Bibliografía

https://revistamedica.com/celador-paciente-geriatrico-formacion-necesaria/

## Capítulo 450

# EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON HIPOXIA, TIPOS Y PLAN DE CUIDADOS

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

## 1 Introducción

La hipoxia es una condición médica que se caracteriza por una disminución en la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos del cuerpo. Esto puede deberse a una variedad de causas y puede afectar a diferentes partes del cuerpo o al organismo en su conjunto.
Los cuidados de enfermería en pacientes con hipoxia, son fundamentales para garantizar la adecuada oxigenación y prevenir complicaciones.
Existen varios tipos de hipoxia, cada uno con sus propias características y causas. En todas ellas el personal de enfermería interviene con el fin de prevenir y mejorar el estado del paciente. A continuación, se describen los principales tipos de hipoxia:

- Hipoxia Hipóxica o Hipoxia Hipobárica: Causada por una disminución de la presión parcial de oxígeno en el aire inspirado. Puede ocurrir en altitudes ele-

vadas, como en las montañas. También puede ser causada por problemas en la capacidad de los pulmones en enfermedades pulmonares.
- Hipoxia Anémica: Ocurre cuando la sangre no puede transportar suficiente oxígeno debido a una disminución en la cantidad de hemoglobina o una falta de capacidad de la hemoglobina para unirse al oxígeno.
- Hipoxia Estagnante o Isquémica: Se produce cuando la circulación sanguínea es insuficiente para suministrar oxígeno a los tejidos. Puede ser causada por trastornos circulatorios.
- Hipoxia Histotóxica: Resulta de la incapacidad de los tejidos para utilizar el oxígeno disponible, a menudo debido a la presencia de toxinas o sustancias que interfieren con la función celular. Por ejemplo: El envenenamiento por cianuro.
- Hipoxia Cerebral: Se centra en la falta de oxígeno en el cerebro. Puede ser causada por problemas en la circulación cerebral, como un accidente cerebrovascular, o por una disminución generalizada en el suministro de oxígeno al cerebro debido a la hipoxia sistémica.

## 2 Objetivos

- Pautas de cuidado por parte del personal de enfermería para pacientes con hipoxia.

- Desarrollar el proceso de administración de oxigeno por parte de la 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

Aquí presentamos un breve resumen de algunas pautas de cuidado para pacientes con hipoxia que debe realizar el personal de enfermería:
- Monitorizar los signos vitales del paciente
- Realizar una evaluación continua del nivel de conciencia y respuesta

- Administrar el oxigeno prescrito por el medico, esta función vamos a desarrollarla en profundidad ya que es la base sobre la que se apoyan los cuidados necesarios para que un paciente tenga una respuesta positiva.
- Posición del paciente para facilitar la expansión pulmonar, el personal de enfermería deberá fomentar el cambio postura del paciente
- Monitorizar las secreciones y realizar un seguimiento para mantener las vías despejadas
- Proporcionar educación al paciente sobre la importancia de la terapia de oxígeno, la adherencia a las indicaciones médicas y la prevención de factores que puedan empeorar la hipoxia, como el tabaquismo.

La administración de oxígeno por parte del personal de enfermería a un paciente con hipoxia es una intervención crucial para mejorar la oxigenación y prevenir complicaciones. Aquí tenemos un procedimiento básico sobre cómo administrar oxígeno de manera segura y efectiva:

Materiales Necesarios:
• Cánula nasal o mascarilla facial (según la prescripción médica).
• Tanque de oxígeno con regulador de flujo.
• Oxímetro de pulso (para monitorear la saturación de oxígeno).

Pasos a seguir por el personal de enfermería para la correcta Administración de Oxígeno:
• Lavarse las manos y colocar unos guantes limpios.
• Revisar la orden médica para determinar la concentración y el flujo de oxígeno prescritos para el paciente.
• Comunicar al paciente la razón para la administración de oxígeno y el procedimiento que vas a realizar.
• Elegir la cánula nasal o la mascarilla facial según lo prescrito. Importante asegurarnos de que el dispositivo esté en buenas condiciones y limpio.
• Asegurarnos de que el regulador de flujo del tanque de oxígeno esté apagado antes de conectarlo al dispositivo de administración.
• Ajustar el flujo de oxígeno al valor prescrito. Esto se hace girando la perilla del regulador de flujo en sentido horario hasta el valor deseado.
• Si estamos usando una cánula nasal, hay que colocarla en las fosas nasales del paciente, debe ajustarse cómodamente y que ambos tubos estén detrás de las orejas y bajo la barbilla.
• Si estamos utilizando una mascarilla facial, debemos colocarla sobre la nariz y la boca del paciente, debe estar bien ajustada y cómoda.
• Abrir el regulador de flujo del tanque de oxígeno lentamente hasta que el oxígeno comience a fluir a la tasa prescrita.

• Utilizar un oxímetro de pulso para medir y monitorear la saturación de oxígeno (SpO2) del paciente.
• Asegurarnos de que el paciente esté cómodo y sin dificultad para respirar.
• Si la saturación de oxígeno no alcanza el nivel deseado, consulta con el médico para ajustar el flujo de oxígeno según sea necesario.
• Registrar en el expediente clínico del paciente la concentración y el flujo de oxígeno administrados, así como cualquier observación relevante.
• Continuar monitoreando la SpO2 del paciente y su respuesta a la administración de oxígeno.

## 5 Discusión-Conclusión

La hipoxia puede variar en gravedad desde una disminución leve en la oxigenación hasta una condición potencialmente mortal. Los síntomas de la hipoxia pueden incluir dificultad para respirar, confusión, cambios en el color de la piel (cianosis), ritmo cardíaco rápido y fatiga. El tratamiento de la hipoxia depende de su causa subyacente y puede implicar la administración de oxígeno suplementario, la corrección de trastornos subyacentes y el tratamiento de las condiciones médicas relacionadas. La detección y el tratamiento tempranos son esenciales para prevenir complicaciones graves.

Dentro de estas medidas preventivas que el personal de enfermería debe brindarle al paciente podemos resaltar, la educación al paciente y a la familia para que sean conscientes de la importancia de la adherencia a la terapia de oxígeno y las técnicas de autocuidado para prevenir la hipoxia. También es importante identificar aquellos factores de riesgo que pongan en peligro a los pacientes con esta condición, como la exposición al monóxido de carbono en el caso de intoxicación por CO. La prevención de la hipoxia implica una atención continua y una vigilancia cuidadosa de los signos vitales y la oxigenación del paciente.

La elección del método de administración de oxígeno dependerá de la gravedad de la hipoxia, la condición subyacente del paciente y la respuesta individual al tratamiento. Siempre es importante

## 6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

## Capítulo 451

# EL ENFERMERO EN LA UCI

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

## 1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un entorno crítico en un hospital donde los pacientes más graves reciben atención médica intensiva y especializada. En esta introducción, exploraremos el papel fundamental del enfermero en la UCI y las funciones esenciales que desempeña en la atención de pacientes críticamente enfermos.

La UCI es un lugar donde se atienden pacientes que pueden estar en estado crítico debido a enfermedades graves, cirugías complicadas o traumatismos importantes. En este entorno, el enfermero en la UCI tiene la responsabilidad de proporcionar atención intensiva y continua, monitorear de cerca a los pacientes y trabajar en colaboración con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

A lo largo de esta exploración, examinaremos las tareas y responsabilidades específicas del enfermero en la UCI, destacando la importancia del manejo de emergencias por parte del enfermero. Además, destacaremos la importancia del enfoque centrado en el paciente y la capacidad de tomar decisiones rápidas y precisas en situaciones críticas.

El trabajo del enfermero en la UCI es fundamental para la recuperación de pacientes graves y la prestación de atención de alta calidad en situaciones de emergencia médica. Su dedicación, conocimientos especializados y habilidades son esenciales para garantizar la estabilidad y el bienestar de los pacientes en la UCI.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia de la intervención del enfermero en el manejo de emergencias en la Unidad de Cuidados Intensivos ( UCI)

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El manejo de emergencias por parte del enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una parte fundamental de su rol, ya que los pacientes en la UCI a menudo se encuentran en situaciones críticas y pueden experimentar cambios rápidos en su estado de salud. El enfermero en la UCI debe estar preparado para responder eficazmente a diversas emergencias. A continuación, se describen las acciones que realiza el enfermero en situaciones de emergencia en la UCI:

- Evaluación Rápida: Cuando se detecta una emergencia, el enfermero comienza una evaluación rápida del paciente. Esto incluye la revisión de signos vitales, la observación de cambios en la respuesta del paciente y la identificación de cualquier deterioro en su condición.

- Llamada de Alerta: Si es necesario, el enfermero llama de inmediato al equipo médico de emergencia, que puede incluir médicos, anestesiólogos y otros profesionales de la salud. La comunicación rápida y efectiva es esencial.

- Soporte Vital Básico: El enfermero puede comenzar maniobras de soporte vital básico, como la administración de oxígeno suplementario, la ventilación con

bolsa-valva-mascarilla (BVM) o la realización de compresiones torácicas en caso de paro cardíaco.

- Manejo de Equipos: Si el paciente está conectado a equipos como ventiladores mecánicos, monitores o bombas de infusión, el enfermero debe verificar su funcionamiento y tomar medidas para restablecerlos si es necesario.

- Administración de Medicamentos: Puede administrar medicamentos de emergencia según las indicaciones médicas, como epinefrina para tratar reacciones alérgicas graves o medicamentos para tratar arritmias cardíacas.

- Resucitación Cardiopulmonar (RCP): En caso de paro cardíaco, el enfermero realiza maniobras de RCP, incluyendo compresiones torácicas y ventilaciones, siguiendo las pautas de la American Heart Association (AHA) u otras pautas relevantes.

- Desfibrilación: Si el paciente tiene una arritmia que es susceptible de desfibrilación, el enfermero puede usar un desfibrilador para administrar una descarga eléctrica controlada.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo de emergencias por parte del enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una función esencial que implica la capacidad de respuesta rápida y eficaz ante situaciones críticas. Los enfermeros en la UCI desempeñan un papel fundamental en la estabilización y el cuidado de pacientes en condiciones de salud graves y cambiantes.

La preparación y la formación son clave para el éxito en la gestión de emergencias en la UCI. Los enfermeros deben estar familiarizados con las pautas y protocolos de respuesta a emergencias, y deben practicar regularmente las habilidades necesarias, como la reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso de equipos de soporte vital.

La comunicación efectiva y la coordinación del equipo son esenciales durante las emergencias en la UCI. Los enfermeros a menudo lideran el equipo de enfermería y trabajan en estrecha colaboración con médicos, técnicos y otros profesionales de la salud para brindar atención de alta calidad.

# 6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

## Capítulo 452

# ENFERMERA DE URGENCIA ANTE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA

MARÍA DE LAS MERCEDES BELDA SÁEZ

RAQUEL CASTILLO MARTÍNEZ

LOURDES NAVARRO COLMENERO

LORENA AUÑON YEPES

## 1 Introducción

La intoxicación etílica es un problema médico que con frecuencia requiere atención urgente en los entornos de atención médica, especialmente en las salas de urgencias. Cuando una persona consume una cantidad excesiva de alcohol, puede experimentar una serie de efectos negativos en su salud, desde la embriaguez leve hasta situaciones potencialmente mortales. En esta introducción, exploraremos el papel fundamental de la enfermera de urgencia en la evaluación, el tratamiento y el cuidado de pacientes que presentan intoxicación etílica.

La intoxicación etílica puede manifestarse con una variedad de síntomas, que incluyen cambios en el nivel de conciencia, vómitos, deshidratación, hipotermia y riesgo de aspiración. La enfermera de urgencia desempeña un papel esencial en la atención a pacientes con intoxicación etílica, brindando cuidados especializados, evaluando la gravedad de la intoxicación y tomando medidas para estabilizar al paciente.

A lo largo de esta exploración, examinaremos las funciones específicas de la enfermera de urgencia en casos de intoxicación etílica dando especial importancia a la rehidratación Intravenosa ante la intoxicación etílica y la coordinación con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral. . Además, se destacará la importancia del enfoque centrado en el paciente y la comunicación efectiva para brindar atención de calidad en situaciones de emergencia relacionadas con el alcohol.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia de la enfermera de urgencias en Rehidratación Intravenosa ante la intoxicación etílica y y ayudar en la eliminación del alcohol del organismo del paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La administración de rehidratación intravenosa (IV) por parte de una enfermera de urgencias en casos de intoxicación etílica desempeña un papel fundamental en el tratamiento y la recuperación del paciente. Aquí se describen las funciones específicas que realiza la enfermera al administrar rehidratación IV en esta situación:

Evaluación Clínica Inicial:

Antes de administrar cualquier tratamiento, la enfermera realiza una evaluación clínica exhaustiva del paciente para determinar la gravedad de la intoxicación y la necesidad de rehidratación IV. Esto incluye la evaluación de signos vitales, la valoración del nivel de conciencia y la revisión de la historia clínica.

Acceso Venoso:

La enfermera busca y establece un acceso venoso seguro para administrar los líquidos intravenosos. Esto puede requerir la colocación de una vía intravenosa periférica o, en casos más graves, la inserción de un catéter central.

Elección de Soluciones IV:

Selección de la solución intravenosa adecuada para el paciente. En casos de intoxicación etílica, se utiliza comúnmente una solución salina normal (suero fisiológico) para restaurar los niveles de líquidos y electrolitos.

Cálculo y Control de la Tasa de Infusión:

Calcula la tasa de infusión de líquidos según las necesidades del paciente y el grado de deshidratación. Supervisa continuamente la velocidad de administración para evitar complicaciones.

Monitorización Constante:

Vigila de cerca al paciente durante la administración de líquidos IV, observando cualquier signo de mejoría o complicación. Esto puede incluir la revisión de signos vitales y la evaluación del equilibrio de líquidos y electrolitos.

Registro y Documentación:

Lleva un registro preciso por parte del enfermero de urgencias de la cantidad de líquidos administrados, la respuesta del paciente y cualquier cambio en su estado clínico. Esto es fundamental para el seguimiento y la evaluación continua del tratamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función de la enfermera de urgencias en la administración de rehidratación intravenosa (IV) ante la intoxicación etílica es de suma importancia en la atención y recuperación de pacientes en esta situación crítica. La rehidratación IV desempeña un papel esencial al corregir la deshidratación y ayudar en la eliminación del alcohol del organismo del paciente.

La enfermera de urgencias realiza una serie de funciones clave que incluyen la evaluación inicial, la elección de la solución IV adecuada, el cálculo y control de la tasa de infusión, la monitorización constante, el registro y la documentación precisa, la comunicación con el equipo médico y la educación al paciente. Estas

funciones se llevan a cabo con el objetivo de proporcionar un tratamiento efectivo y seguro.

El manejo de la intoxicación etílica requiere una atención rápida y experta, ya que los pacientes pueden presentar una amplia gama de síntomas y complicaciones. La enfermera de urgencias desempeña un papel esencial en la estabilización del paciente y en la prevención de complicaciones graves. Además, brinda apoyo emocional al paciente y, en algunos casos, educa sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol.

## 6 Bibliografía

- Pubmed, Medline, y Scielo

## Capítulo 453

# AGENDAMIENTO DE CITAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DEL SUEÑO

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

Mª TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

## 1 Introducción

La Unidad del Sueño es una parte importante de la atención médica que se enfoca en diagnosticar y tratar trastornos relacionados con el sueño, como la apnea del sueño, la narcolepsia y otros problemas que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes. Para garantizar que esta unidad funcione de manera eficiente y brinde atención de alta calidad, se necesita un equipo de profesionales, incluidos los auxiliares administrativos.

Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la coordinación de las actividades diarias, el mantenimiento de registros y la comunicación entre el personal médico y los pacientes. Su función no solo ayuda a mantener el flujo de trabajo en la unidad, sino que también contribuye a garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna y eficaz.

Entre las distintas funciones y responsabilidades que debe cumplir un auxiliar administrativo desarrollaremos en profundidad a lo largo de este trabajo el agendamiento de citas, como una de las tareas principales que conllevan a un buen funcionamiento de la unidad.

El agendamiento de citas no solo es crucial para el funcionamiento ordenado de la unidad, sino que también contribuye al bienestar de los pacientes al asegurar que reciban la atención adecuada en el momento adecuado. Por lo que el auxiliar administrativo, en este contexto, asume una responsabilidad clave en la coordinación y gestión de las citas de los pacientes que buscan atención especializada para sus problemas de sueño.

## 2 Objetivos

- Pasos clave del proceso de asentamiento de citas.

- Requisitos para llevarlo a cabo de manera eficiente 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

El proceso de agendamiento de citas por parte del auxiliar administrativo en la Unidad del Sueño es fundamental para asegurar una atención eficiente y organizada para los pacientes que buscan tratamiento para trastornos del sueño. A continuación, se describen los pasos clave en este proceso:

Recepción de la solicitud de cita:

- El auxiliar administrativo recibe las solicitudes de cita de los pacientes a través de diferentes canales, como llamadas telefónicas, correos electrónicos o formularios en línea.

Verificación de información:

- El auxiliar verifica la información proporcionada por el paciente para asegurarse de que esté completa y precisa. Esto incluye datos de contacto, información de seguro médico y cualquier referencia médica necesaria.

Coordinación de horarios:

- El auxiliar administrativo coordina los horarios disponibles en la agenda de los médicos y otros profesionales de la unidad del sueño. Debe considerar la disponibilidad tanto de los pacientes como del personal médico.

Confirmación de la cita:

- Una vez que se ha programado la cita, el auxiliar administrativo se comunica con el paciente para confirmar la fecha, hora y ubicación de la cita. También puede proporcionar instrucciones específicas antes de la cita, como preparación especial si es necesario.

Registro de la cita:

- El auxiliar administrativo registra la cita en el sistema de gestión de citas médicas de la unidad del sueño. Esto es esencial para llevar un registro organizado y asegurarse de que el paciente esté en el lugar correcto en el momento adecuado.

Recordatorios:

- En muchos casos, el auxiliar administrativo también puede ser responsable de enviar recordatorios de citas a los pacientes unos días antes de la fecha programada. Esto reduce la tasa de cancelaciones y reprogramaciones.

Atención a solicitudes especiales:

- Si un paciente tiene necesidades especiales, el auxiliar administrativo debe asegurarse de que se aborden adecuadamente. Esto podría incluir la coordinación de intérpretes, acceso para personas con discapacidades o cualquier otra solicitud específica.

Manejo de cancelaciones y reprogramaciones:
- En caso de que un paciente necesite cancelar o reprogramar su cita, el auxiliar administrativo debe gestionar estas solicitudes de manera eficiente y programar una nueva cita si es necesario.

## 5 Discusión-Conclusión

El proceso de agendamiento de citas por parte del auxiliar administrativo en la unidad del sueño es fundamental para garantizar un flujo eficiente de pacientes y brindarles la atención que necesitan. A continuación, se presentan algunos aspectos clave relacionadas con este proceso:

- El auxiliar administrativo debe llevar a cabo una organización eficiente, con un calendario actualizado en el que no hayan solapamientos de citas.

- Debe darle la prioridad adecuada a cada paciente según sus necesidades, siendo los más graves los que deben recibir una atención más rápida.

- Mantener los registros actualizados y precisos, como pueden ser los datos personales, diagnósticos, resultados de pruebas previas o tratamientos.

- Capacidad de respuesta ante situaciones adversas o imprevistos, en los que el auxiliar administrativo debe ser flexible.

- Siempre debe tener presente la satisfacción del paciente y contribuir a su bienestar general.

Tras analizar esta información podemos afirmar que, el agendamiento de citas por parte del auxiliar administrativo en la unidad del sueño es una parte fundamental de la gestión de pacientes. Un enfoque organizado, una comunicación efectiva y el cumplimiento de los protocolos de seguridad son esenciales para brindar una atención de calidad y satisfacer las necesidades de los pacientes.

## 6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

## Capítulo 454

# LAS FUNCIONES QUE REALIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

Mª TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

## 1 Introducción

La unidad de traslados de un hospital es un departamento o área especializada encargada de coordinar y facilitar los traslados de pacientes dentro del hospital o hacia y desde otras instalaciones médicas. Esta unidad tiene como objetivo principal garantizar que los traslados se realicen de manera segura, eficiente y organizada, priorizando la atención y el bienestar de los pacientes.

Las responsabilidades de la unidad de traslados suelen incluir:

- Coordinación de traslados internos: Organizar los traslados de pacientes entre diferentes áreas del hospital, como de la sala de emergencias a la unidad de cuida-

dos intensivos, o de la unidad de cuidados intensivos a una sala de recuperación después de una cirugía.

- Coordinación de traslados externos: Programar y coordinar traslados de pacientes hacia y desde otros hospitales, clínicas o instalaciones médicas. Esto puede incluir traslados de pacientes para procedimientos especializados o para recibir atención en otro lugar.

- Gestión de camillas y equipos: Asegurarse de que las camillas y otros equipos médicos necesarios estén disponibles y en buenas condiciones para cada traslado.

El auxiliar administrativo en la unidad de traslados desempeña un papel esencial al garantizar que los traslados se realicen de acuerdo con los más altos estándares de calidad y seguridad, lo que beneficia directamente a la atención médica y al bienestar de los pacientes.

## 2 Objetivos

- Conocer la importancia del correcto cumplimiento de regulaciones por parte del auxiliar administrativo en la unidad de traslados de un hospital

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El cumplimiento de regulaciones por parte del auxiliar administrativo en la unidad de traslados es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante los procesos de traslado en el entorno hospitalario. Aquí hay algunas pautas importantes relacionadas con el cumplimiento de regulaciones:

- Conocimiento de las regulaciones: El auxiliar administrativo debe estar familiarizado con todas las regulaciones relevantes que afectan a los traslados de pa-

cientes, incluyendo las regulaciones internas del hospital y las regulaciones de salud y seguridad emitidas por las autoridades locales y nacionales.

- Seguridad del paciente: El auxiliar administrativo debe asegurarse de que se sigan todas las medidas de seguridad necesarias durante los traslados, como la identificación adecuada del paciente, la confirmación de alergias y la supervisión de equipos médicos críticos.

- Documentación precisa: Es fundamental llevar un registro detallado y preciso de todos los traslados, incluyendo la información del paciente, la hora y el motivo del traslado, así como cualquier equipo médico utilizado. Esta documentación debe estar en conformidad con las regulaciones y servirá como referencia en caso de auditorías o revisiones.

- Cumplimiento de normativas de transporte: Si el traslado involucra el uso de ambulancias o vehículos médicos, el auxiliar administrativo debe asegurarse de que estos vehículos cumplan con todas las normativas de seguridad y salud establecidas para el transporte de pacientes.

- Capacitación y formación: Los auxiliares administrativos deben recibir capacitación regular sobre las regulaciones y protocolos de seguridad relacionados con los traslados de pacientes. Esto garantiza que estén al tanto de cualquier cambio en las regulaciones y que estén preparados para cumplirlas.

- Colaboración con otros departamentos: El auxiliar administrativo debe colaborar estrechamente con el personal de enfermería, médicos y técnicos de transporte para garantizar que se sigan las regulaciones en todos los aspectos del traslado.

- Auditorías y revisión: Participar en auditorías internas y revisiones periódicas para evaluar el cumplimiento de las regulaciones y tomar medidas correctivas si es necesario.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cumplimiento de regulaciones por parte del auxiliar administrativo en la unidad de traslados es un elemento crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante todo el proceso de traslado en el ámbito hospitalario. El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental al asegurarse de que se sigan todas las regulaciones pertinentes, incluyendo reg-

ulaciones internas del hospital y regulaciones de salud y seguridad emitidas por las autoridades.

Este cumplimiento de regulaciones abarca aspectos como la seguridad del paciente, la documentación precisa de los traslados, el cumplimiento de las normativas de transporte, la capacitación y formación continua, la colaboración con otros departamentos y la participación en auditorías y revisiones internas. Todas estas medidas contribuyen a un ambiente más seguro y eficiente en la unidad de traslados.

## 6 Bibliografía

https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/

## Capítulo 455

# LA GESTION DE ATENCION AL CLIENTE POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ADMISION DE PACIENTES

MARINELA BARRAJON INSERTI

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

MARIA JOSE GONZÁLEZ GARCIA

Mª TERESA LÁZARO SÁEZ

JENIFER SANSEGUNDO MARTINEZ

## 1 Introducción

La función de un auxiliar administrativo en el área de admisión de pacientes es esencial en cualquier centro médico o hospital. Su labor es fundamental para asegurar que el proceso de admisión de pacientes se realice de manera eficiente y satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal médico y administrativo.

La admisión de pacientes es el primer punto de contacto entre un paciente y un centro médico, y su experiencia en esta etapa inicial puede influir significativamente en su percepción general de la atención médica que recibirá. El auxiliar administrativo es el encargado de recibir a los pacientes, recopilar información

crucial, coordinar citas y asegurarse de que se cumplan los procedimientos administrativos necesarios.

En relación a todas las tareas y funciones que debe cumplir un auxiliar administrativo en el área de admisión a pacientes, vamos a desarrollar en profundidad a lo largo de este trabajo, la función concreta de atención al cliente ya que una buena atención al cliente en cualquier organización tiene un impacto directo en la satisfacción de éstos, puesto que es la primera y última sensación que se llevan de su experiencia.

La atención al cliente en el área de admisión de pacientes es esencial para garantizar una experiencia positiva y sin problemas para los pacientes, lo que, a su vez, contribuye a la reputación y el éxito general del centro de salud.

## 2 Objetivos

- Atención al cliente como punto clave para el auxiliar administrativo en el área de admisión de pacientes
- Habilidades de un auxiliar administrativo en las tareas relacionadas con atención al cliente dentro de la admisión de pacientes

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 atención al cliente es una parte fundamental del trabajo de un auxiliar administrativo en el área de admisión de pacientes en un centro médico o hospital. La calidad de la atención al cliente puede influir en la satisfacción de los pacientes y en la percepción general que tienen del centro de salud. Aquí tienes algunas pautas importantes para brindar una atención al cliente efectiva en este contexto:

1. Actitud amable y profesional: Siempre debes tratar a los pacientes y sus familiares con cortesía, empatía y respeto. Una actitud amable y profesional ayuda a generar confianza y a reducir la ansiedad que a menudo sienten los pacientes al buscar atención médica.

2. Comunicación efectiva: Escucha activamente a los pacientes para comprender sus necesidades y preocupaciones. Responde a sus preguntas de manera clara y precisa, evitando el uso de jerga médica que pueda resultar confusa.

3. Paciencia y comprensión: Algunos pacientes pueden estar ansiosos, nerviosos o preocupados. Es importante mostrar paciencia y comprensión hacia sus emociones y proporcionar el apoyo necesario para tranquilizarlos.

4. Confidencialidad: Los datos médicos y personales de los pacientes son altamente confidenciales. Asegúrate de cumplir con las normativas de privacidad y proteger la información del paciente en todo momento.

5. Proceso de admisión eficiente: Facilita el proceso de admisión de pacientes, asegurándote de que todos los formularios y documentos necesarios estén disponibles y sean completados de manera adecuada y oportuna.

6. Resolución de problemas: Si un paciente o familiar tiene problemas o quejas, escúchalos y trabaja para encontrar soluciones de manera proactiva. Si no puedes resolver el problema directamente, comunícalo al personal adecuado.

7. Conocimiento del sistema de salud: Familiarízate con los procedimientos y políticas del centro de salud en el que trabajas. Esto te permitirá brindar información precisa sobre costos, seguros médicos, horarios de atención y otros aspectos relevantes.

8. Trabajo en equipo: Colabora estrechamente con el personal médico, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente.

9. Actualización continua: Mantente al tanto de los cambios en las políticas de salud, procedimientos administrativos y tecnología relacionada con la admisión de pacientes. La capacitación continua te ayudará a brindar un mejor servicio.

## 5 Discusión-Conclusión

La atención al cliente por parte del auxiliar administrativo en el área de admisión de pacientes es esencial para garantizar una experiencia positiva y satisfactoria para los pacientes y sus familias. En conclusión, podemos destacar los siguientes puntos clave:

- La actitud y el comportamiento profesional son fundamentales para establecer una relación de confianza con los pacientes. Los auxiliares administrativos deben ser amables, respetuosos y empáticos en todo momento.

- Brindar información precisa sobre los procesos de admisión, los documentos necesarios y cualquier pregunta que puedan tener los pacientes. Escuchar activamente a los pacientes y resolver sus inquietudes.

- Los auxiliares administrativos deben verificar la información, completar los registros con precisión y asegurarse de que todo esté en orden para el ingreso del paciente.

- En ocasiones, pueden surgir situaciones complicadas o conflictivas. Los auxiliares administrativos deben tener una actitud proactiva para resolver problemas.

En resumen, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en el área de admisión de pacientes, contribuyendo a la eficiencia operativa y a la experiencia general del paciente. Su capacidad para gestionar la información, coordinar las citas, verificar seguros y brindar un servicio al cliente excepcional es fundamental para el éxito de cualquier centro de salud.

## 6 Bibliografía

-Pubmed , Scielo

## Capítulo 456

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON POLITRAUMATISMO

LORENA BUENDÍA GALERA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

Los cuidados de enfermería en un paciente con politraumatismo son esenciales para brindar atención médica efectiva y garantizar la recuperación óptima de una persona que ha sufrido múltiples lesiones traumáticas en diferentes partes del cuerpo. El politraumatismo puede resultar de accidentes automovilísticos, caídas, accidentes deportivos u otras situaciones traumáticas, y a menudo involucra lesiones graves que requieren una atención inmediata y especializada.

En esta serie de documentos, exploraremos en detalle los cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo. Se abordarán temas como la evaluación inicial del paciente, la estabilización hemodinámica, la prevención de complicaciones, la administración de medicamentos, la vigilancia constante y la colaboración interdisciplinaria en la atención al paciente politraumatizado.

La atención de enfermería en casos de politraumatismo es un proceso multidisciplinario que involucra a enfermeros, médicos, cirujanos, técnicos y otros profesionales de la salud.
En resumen, los cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo son esenciales para brindar una atención integral y de alta calidad que puede marcar

la diferencia en la supervivencia y la recuperación del paciente. La enfermería desempeña un papel fundamental en la estabilización y el manejo de las múltiples lesiones que pueden surgir en casos de politraumatismo, y este enfoque centrado en el paciente es esencial para su bienestar a corto y largo plazo.

## 2 Objetivos

- Importancia de la estabilización del paciente por parte del personal de enfermería.

- Una buena atención integral del personal de enfermería y sus efectos positivos en la recuperación del paciente politraumatizado.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los cuidados de enfermería en un paciente con politraumatismo son críticos para garantizar una atención efectiva y una recuperación óptima. El politraumatismo implica lesiones traumáticas graves en múltiples áreas del cuerpo, lo que requiere un enfoque integral y una atención especializada. A continuación, se describen los cuidados de enfermería fundamentales en pacientes con politraumatismo:

1. Evaluación inicial: La evaluación inicial del paciente con politraumatismo es esencial y debe llevarse a cabo de manera rápida y sistemática. Los enfermeros deben realizar una evaluación primaria utilizando el enfoque ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad, exposición), identificando y tratando las amenazas para la vida en primer lugar.

2. Estabilización hemodinámica: Los pacientes con politraumatismo a menudo presentan choque y pérdida de sangre. Los enfermeros deben administrar líquidos intravenosos y transfusiones de sangre según sea necesario para estabilizar

la presión arterial y mantener la perfusión de órganos.

3. Monitorización continua: La monitorización constante de signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, es esencial para detectar cualquier cambio en el estado del paciente.

4. Manejo del dolor: El control del dolor es importante en pacientes con politraumatismo, ya que ayuda a reducir el estrés y mejora la cooperación con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los enfermeros deben administrar analgésicos según las indicaciones médicas y evaluar continuamente la eficacia del alivio del dolor.

5. Prevención de complicaciones: Los pacientes con politraumatismo son susceptibles a una serie de complicaciones, como infecciones, neumonía, trombosis venosa profunda y úlceras por presión. Los enfermeros deben tomar medidas para prevenir estas complicaciones, como la movilización temprana, el cambio de posición, la profilaxis de trombosis y el control de infecciones.

6. Manejo de lesiones específicas: Los pacientes con politraumatismo pueden tener fracturas, lesiones de órganos, traumatismos craneoencefálicos, lesiones en la columna vertebral y otros tipos de lesiones específicas que requieren cuidados especializados. Los enfermeros deben colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como cirujanos y fisioterapeutas, para proporcionar el tratamiento adecuado.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la atención de pacientes con politraumatismo. Esta condición médica compleja, que involucra lesiones traumáticas graves en múltiples áreas del cuerpo, requiere un enfoque integral y coordinado para garantizar la estabilización del paciente y su recuperación óptima.

Los enfermeros tienen la responsabilidad de realizar una evaluación inicial rápida y precisa, priorizando las amenazas para la vida y administrando los cuidados inmediatos necesarios. Esto incluye la estabilización hemodinámica, el control del dolor y la prevención de complicaciones.
Además, el personal de enfermería debe colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, cirujanos y terapeutas, para abordar las

lesiones específicas y garantizar una atención especializada.

Por último, los cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo contribuyen significativamente a la estabilización y recuperación de estos pacientes, ayudándoles a superar una experiencia médica extremadamente desafiante y avanzar hacia una mejor calidad de vida.

## 6 Bibliografía

https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-adulto-politraumatizado-caso-clinico/

## Capítulo 457

# EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA CÁPSULA REABSORBIBLE AGILE PATENCY

LORENA BUENDÍA GALERA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

La cápsula reabsorbible Agile Patency es una herramienta importante en el campo de la gastroenterología que se utiliza para evaluar la patencia o la permeabilidad del tracto gastrointestinal antes de realizar una cápsula endoscópica. Esta cápsula reabsorbible se ingiere y luego se monitorea mientras atraviesa el tracto digestivo, proporcionando información crucial sobre la capacidad del paciente para tragar y sobre la presencia de posibles obstrucciones u otras anomalías en el sistema gastrointestinal.

El papel de la enfermera en la cápsula reabsorbible Agile Patency es fundamental para garantizar que el procedimiento se realice de manera segura y efectiva. En esta serie de respuestas, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades específicas de las enfermeras en la preparación, administración y seguimiento de este procedimiento, así como en la comunicación con el paciente y el equipo médico para garantizar un cuidado integral y de calidad. La enfermería desempeña un papel esencial en la evaluación y el monitoreo de la

patencia gastrointestinal, contribuyendo así al diagnóstico y tratamiento adecuados de las afecciones gastrointestinales.

En conclusión, el papel de la enfermera en la evaluación de la patencia gastrointestinal mediante la cápsula reabsorbible Agile Patency es esencial para garantizar la seguridad, el bienestar y la efectividad del procedimiento. Las enfermeras desempeñan una serie de funciones clave desde la preparación del paciente hasta el seguimiento de los resultados, y su contribución es crucial en todo el proceso.

La educación al paciente, la administración adecuada de la cápsula, la monitorización continua y la comunicación efectiva con el equipo médico son aspectos esenciales del rol de la enfermera en este procedimiento. Además, proporcionar apoyo emocional al paciente es fundamental, ya que la ingesta de la cápsula puede generar ansiedad.

## 2 Objetivos

- Explicar las funciones y responsabilidades específicas de la enfermera en la preparación, administración y el seguimiento en la capsula reabsorbible.

## 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 enfermera en la evaluación de la patencia gastrointestinal utilizando la cápsula reabsorbible Agile Patency implica varias funciones importantes en todas las etapas del procedimiento. Aquí se detallan las principales responsabilidades de las enfermeras en este contexto:

Educación al paciente:

Explicar al paciente en qué consiste el procedimiento de la cápsula reabsorbible Agile Patency, sus objetivos y cómo se llevará a cabo. Asegurarse de que el pa-

ciente comprenda la importancia de seguir las instrucciones antes y durante el procedimiento, como el ayuno y la toma de medicamentos.

Preparación del paciente:

Coordinar el horario de ingesta de la cápsula reabsorbible Agile Patency y asegurarse de que el paciente esté en ayunas según las recomendaciones médicas. Verificar que el paciente pueda tragar la cápsula sin dificultad y sin riesgo de aspiración.

Administración de la cápsula:

Supervisar la ingesta de la cápsula reabsorbible Agile Patency por parte del paciente, asegurando que la trague con un vaso de agua siguiendo las indicaciones. Realizar un seguimiento cercano del paciente durante el proceso de ingestión, proporcionando apoyo y tranquilidad.

Monitorización continua:

Observar y registrar cualquier síntoma o reacción adversa que el paciente pueda experimentar durante la ingesta de la cápsula, como dificultad para tragar o malestar. Mantener una comunicación constante con el paciente para asegurarse de que se sienta cómodo y seguro.

Seguimiento y recuperación de la cápsula:

Registrar el momento en que se ingiere la cápsula reabsorbible Agile Patency y comunicar este dato al equipo médico. Monitorear el progreso de la cápsula a medida que se desplace a través del tracto gastrointestinal y reportar cualquier anormalidad al equipo médico.

Comunicación con el equipo médico:

Colaborar estrechamente con el gastroenterólogo u otros profesionales de la salud para interpretar los resultados del procedimiento y tomar decisiones clínicas basadas en estos hallazgos.

Proporcionar información detallada sobre la administración de la cápsula, el tiempo de tránsito y cualquier evento relevante.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermera en la evaluación de la patencia gastrointestinal mediante la cápsula reabsorbible Agile Patency es esencial para garantizar la seguridad, el bienestar y la efectividad del procedimiento. Las enfermeras desempeñan una serie de funciones clave desde la preparación del paciente hasta el seguimiento de los resultados, y su contribución es crucial en todo el proceso.

La educación al paciente, la administración adecuada de la cápsula, la monitorización continua y la comunicación efectiva con el equipo médico son aspectos esenciales del rol de la enfermera en este procedimiento. Además, proporcionar apoyo emocional al paciente es fundamental, ya que la ingesta de la cápsula puede generar ansiedad.

## 6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

## Capítulo 458

# EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA UCI MOVIL

LORENA BUENDÍA GALERA

ALBA JUÁREZ SUÁREZ

ANDREA LÓPEZ FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

El papel del personal de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos Móvil (UCI móvil) es fundamental para brindar atención médica de emergencia de alta calidad a pacientes que requieren cuidados críticos fuera de un hospital. Estas unidades móviles son esenciales en situaciones en las que el tiempo es un factor crítico para la vida y la salud del paciente, como accidentes automovilísticos graves, eventos cardiovasculares agudos o traumas graves en el lugar del incidente.

A lo largo de este trabajo, se destacará la importancia de la coordinación con otros profesionales de la salud y la capacidad de tomar decisiones rápidas y efectivas en situaciones de emergencia. También, abordaremos el equipamiento especializado, la formación continua y las mejores prácticas en la atención de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos móvil. El personal de enfermería en estas unidades desempeña un papel esencial en la estabilización de pacientes críticos en el lugar del incidente y su transporte seguro al hospital, lo que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. La atención de enfermería de alta calidad y centrada en el paciente en una UCI móvil es esencial para garantizar una respuesta efectiva a las emergencias médicas y salvar vidas en situaciones críticas.

## 2 Objetivos

- Importancia de la coordinación del personal de enfermería con el equipo médico en una UCI móvil.

- Capacidad de tomar decisiones rápidas y efectivas por parte del personal de enfermería en situaciones de emergencia.

## 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

Tanto la coordinación del personal de enfermería con el equipo médico en una Unidad de Cuidados Intensivos Móvil (UCI móvil) como la capacidad de respuesta y adaptación a las situaciones cambiantes son esenciales para brindar atención de emergencia efectiva y salvar vidas en situaciones críticas. Aquí se resaltan algunos aspectos clave:

1. Atención integral: El equipo médico en una UCI móvil generalmente consta de enfermeros, médicos, técnicos paramédicos y otros profesionales de la salud. La coordinación entre estos miembros garantiza que cada aspecto de la atención esté cubierto. Los enfermeros pueden proporcionar cuidados continuos mientras el médico realiza evaluaciones, toma decisiones clínicas y ordena tratamientos.

2. Comunicación eficiente: En situaciones de emergencia, la comunicación precisa y rápida es crucial. El personal de enfermería puede transmitir información crítica al equipo médico, incluyendo signos vitales, cambios en el estado del paciente y detalles sobre la atención proporcionada. Esto permite al médico tomar decisiones informadas y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

3. Toma de decisiones colaborativa: La coordinación fomenta la toma de decisiones colaborativa y compartida. El médico y el personal de enfermería pueden discutir opciones de tratamiento y estrategias para estabilizar al paciente en el

lugar del incidente. Esto puede conducir a decisiones más informadas y a un cuidado más efectivo.

4. Optimización de recursos: La coordinación adecuada asegura que los recursos limitados de una UCI móvil se utilicen de manera eficiente. Los enfermeros y el equipo médico pueden trabajar juntos para priorizar las intervenciones necesarias y utilizar el equipo médico y las medicaciones de manera adecuada.

5. Seguridad del paciente: La coordinación también contribuye a la seguridad del paciente. El personal de enfermería puede ayudar a supervisar y garantizar que los procedimientos se realicen correctamente, minimizando así el riesgo de errores médicos en situaciones de alta presión.

6. Respuesta rápida: En emergencias médicas, la respuesta rápida es esencial. La coordinación del equipo permite que el personal de enfermería y el equipo médico trabajen juntos de manera eficiente para evaluar, estabilizar y transportar al paciente lo más rápido posible, lo que puede marcar la diferencia en la supervivencia y el resultado del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del personal de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos Móvil (UCI móvil) es de vital importancia en la atención médica de emergencia fuera del entorno hospitalario. El personal de enfermería desempeña un rol esencial en la evaluación, el tratamiento y la estabilización de pacientes críticos en el lugar del incidente, así como durante su transporte seguro al hospital. Tienen la responsabilidad de administrar tratamientos, monitorear signos vitales, aliviar el dolor y brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos de gran estrés.

La coordinación efectiva con el equipo médico, la comunicación precisa y la toma de decisiones colaborativa son fundamentales para brindar una atención de alta calidad en situaciones de emergencia. La capacidad de adaptarse a situaciones cambiantes, optimizar recursos limitados y garantizar la seguridad del paciente son aspectos críticos del trabajo del personal de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos móvil. Además, la formación especializada y la actualización constante de conocimientos son esenciales para mantener altos estándares de atención.

# 6 Bibliografía

https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-una-enfermera-de-uci

## Capítulo 459

# MAMÓGRAFOS UTILIZADOS POR LOS TÉCNICOS DE RAYOS EN RADIODIAGNÓSTICO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

LORETA CAMACHO MORENO

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

## 1 Introducción

En esta introducción, exploraremos el importante papel de los mamógrafos en el ámbito de la radiología y cómo los técnicos de rayos en radiodiagnóstico utilizan esta tecnología para el diagnóstico y la detección temprana del cáncer de mama. La mamografía es una herramienta esencial en la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, y los técnicos de rayos desempeñan un papel crucial en su realización.

Los mamógrafos son equipos médicos diseñados específicamente para obtener imágenes de las mamas. Estas imágenes, llamadas mamografías, son utilizadas por los médicos para detectar anomalías, como tumores o calcificaciones, que podrían indicar la presencia de cáncer de mama en sus primeras etapas. La de-

tección temprana es fundamental para aumentar las tasas de supervivencia y mejorar el pronóstico de las pacientes.

En esta serie de información, exploraremos las funciones y responsabilidades de los técnicos de rayos en radiodiagnóstico en relación con los mamógrafos, incluyendo la realización de mamografías, la calibración y mantenimiento de los equipos, la garantía de la comodidad y seguridad de las pacientes, y la colaboración con radiólogos y otros profesionales de la salud en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Además, destacaremos la importancia de la precisión y la atención cuidadosa en la obtención de imágenes mamográficas, así como el cumplimiento de las normativas de seguridad radiológica para proteger tanto a las pacientes como al personal de salud.

## 2 Objetivos

- Explicar las funciones esenciales en la utilización de mamógrafos para la detección temprana y el diagnóstico del cáncer de mama por parte del técnico de rayos.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los técnicos de rayos en radiodiagnóstico desempeñan funciones esenciales en la utilización de mamógrafos para la detección temprana y el diagnóstico del cáncer de mama. Sus responsabilidades incluyen:

Preparación del Paciente: Antes de realizar una mamografía, los técnicos explican el procedimiento a la paciente y responden sus preguntas. También ayudan

a posicionar y colocar adecuadamente a la paciente frente al mamógrafo para obtener las imágenes necesarias.

Operación del Mamógrafo: Los técnicos están capacitados para operar el mamógrafo y realizar las tomas de imágenes. Aseguran que la máquina esté configurada correctamente para obtener imágenes de alta calidad y minimizar la exposición a la radiación.

Posicionamiento de la Mama: En la mamografía, se deben tomar imágenes de la mama en diferentes ángulos y compresiones. Los técnicos aseguran que la mama se coloque y comprima de manera uniforme para obtener imágenes claras y precisas.

Cumplimiento de Normativas de Seguridad Radiológica: Garantizan que se sigan todas las normativas de seguridad radiológica para proteger tanto a la paciente como al personal de salud de la exposición innecesaria a la radiación. Esto incluye el uso de protectores de plomo y la minimización de la dosis de radiación.

Mantenimiento del Mamógrafo: Los técnicos son responsables de mantener y calibrar regularmente el mamógrafo para garantizar su funcionamiento óptimo. También informan sobre cualquier problema técnico que requiera reparación.

Colaboración con Radiólogos: Después de obtener las imágenes, los técnicos trabajan en estrecha colaboración con radiólogos para revisar y analizar los resultados. Su experiencia en la obtención de imágenes es esencial para garantizar que las imágenes sean adecuadas y útiles para el diagnóstico.

Garantía de Comodidad y Privacidad: Los técnicos se esfuerzan por garantizar que las pacientes se sientan cómodas y respetadas durante el procedimiento. También protegen la privacidad de las pacientes en todo momento.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los técnicos de rayos en radiodiagnóstico desempeñan un papel crucial en la utilización de mamógrafos para la detección temprana y el diagnóstico del cáncer de mama. Sus funciones son esenciales para garantizar que las mamografías se realicen de manera eficiente, precisa y segura.

La mamografía es una herramienta fundamental en la detección temprana del cáncer de mama, y los técnicos de rayos desempeñan un papel esencial para

garantizar que este procedimiento se realice de manera efectiva y segura. Su dedicación y habilidades son vitales para apoyar la salud de las mujeres y contribuir a un tratamiento oportuno y exitoso en casos de enfermedad.

## 6 Bibliografía

https://www.iaea.org/es/recursos/proteccion-radiologica-de-los-pacientes/profesionales-de-la-salud/radiodiagnostico/mamografias/dosis-de-radiacion

## Capítulo 460

# DENSITÓMETROS DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA MANEJADOS POR LOS TÉCNICOS DE RAYOS

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

LORETA CAMACHO MORENO

TERESA RUBIO DEL OLMO

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

## 1 Introducción

En esta introducción, exploraremos la importancia de los densitómetros en el ámbito de la radiología y cómo los técnicos de rayos juegan un papel crucial en la utilización de estos dispositivos en el servicio de radiología. Los densitómetros son herramientas especializadas que se utilizan para medir la densidad ósea y diagnosticar enfermedades como la osteoporosis. Estos dispositivos desempeñan un papel vital en la atención médica al proporcionar información clave para la evaluación de la salud ósea de los pacientes.

En esta serie de información, analizaremos las funciones y responsabilidades de los técnicos de rayos en relación con los densitómetros, incluyendo la realización de escaneos de densidad ósea, la calibración y el mantenimiento de los equipos,

y la colaboración con otros profesionales de la salud en la interpretación de los resultados. Además, destacaremos la importancia de la precisión en la obtención de medidas de densidad ósea, ya que esto es esencial para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

Los densitómetros desempeñan un papel vital en la prevención y el manejo de enfermedades óseas, y los técnicos de rayos son fundamentales en su uso y funcionamiento efectivo. A lo largo de esta serie de información, exploraremos en detalle cómo estos profesionales contribuyen a la evaluación y el cuidado de la salud ósea de los pacientes, promoviendo la calidad de vida y la prevención de enfermedades relacionadas con los huesos.

## 2 Objetivos

- Explicar funciones y responsabilidades de los técnicos de rayos en relación con los densitómetros, destacando la operación del densitómetro en el servicio de radiología.

## 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 operación del densitómetro es una de las funciones clave desempeñadas por los técnicos de rayos en el servicio de radiología. Aquí se detallan las tareas y responsabilidades asociadas con la operación de este dispositivo:

Preparación del Densitómetro: Antes de realizar cualquier escaneo, el técnico debe preparar el densitómetro asegurándose de que esté encendido y funcione correctamente. Esto incluye la verificación de que el equipo esté en buenas condiciones y listo para su uso.

Interacción con el Paciente: El técnico debe recibir al paciente, explicar el procedimiento y responder a cualquier pregunta que pueda tener. Es fundamental crear un ambiente cómodo y seguro para el paciente, ya que esto contribuirá a obtener mediciones precisas.

Selección de la Técnica Adecuada: Dependiendo de la indicación médica y el área a escanear (por ejemplo, columna vertebral, cadera, muñeca), el técnico selecciona la técnica de densitometría ósea apropiada en el densitómetro. Esto implica configurar el equipo para utilizar la energía de rayos X o rayos gamma de manera adecuada.

Posicionamiento del Paciente: El técnico guía al paciente para que se posicione correctamente en el densitómetro. Esto puede incluir acostarse sobre una mesa de examen o sentarse en una silla especial, dependiendo de la región a evaluar. El posicionamiento preciso es esencial para obtener mediciones precisas.

Escaneo y Adquisición de Imágenes: Una vez que el paciente esté en la posición correcta, el técnico inicia el escaneo utilizando el densitómetro. El equipo emite rayos X o rayos gamma a través del área a examinar y registra la absorción de estos rayos por los huesos. La información se utiliza para calcular la densidad ósea.

Control de la Exposición a la Radiación: Los técnicos están capacitados para minimizar la exposición del paciente a la radiación al ajustar los parámetros del escaneo de manera que se obtengan imágenes de alta calidad con la menor dosis de radiación posible.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los técnicos de rayos desempeñan un papel esencial en el manejo de densitómetros en el servicio de radiología. Su labor abarca desde la preparación del equipo y la interacción con el paciente hasta la operación del densitómetro y la obtención de imágenes de densidad ósea. La precisión y la habilidad técnica son vitales para garantizar resultados confiables y la seguridad de los pacientes.

La densitometría ósea es una herramienta fundamental en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades óseas, como la osteoporosis. Los técnicos de rayos contribuyen significativamente al proceso al garantizar que se obtengan mediciones precisas y que se minimice la exposición a la radiación. Además, su ca-

pacidad para interactuar con los pacientes de manera comprensiva y empática mejora la experiencia del paciente durante el procedimiento.

## 6 Bibliografía

https://www.radiologia-sa.com/products-catalog/densitometria/

## Capítulo 461

# EL TÉCNICO DE RAYOS EN RADIOLOGÍA CON PACIENTES EN EDAD INFANTIL

MARIA VIZCAINO GONZALEZ

ISRAEL AZAÑA CARRASCO

TERESA RUBIO DEL OLMO

LORETA CAMACHO MORENO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

## 1 Introducción

La radiología desempeña un papel esencial en el diagnóstico médico, y cuando se trata de pacientes en edad infantil, la labor del técnico de rayos X adquiere una importancia aún mayor. Los niños son una población vulnerable que requiere una atención y enfoque específicos en el entorno de radiología. En esta introducción, exploraremos el papel y las consideraciones clave del técnico de rayos X al trabajar con pacientes pediátricos en radiología.

Los niños presentan necesidades y desafíos únicos cuando se trata de procedimientos de radiología, ya que su anatomía y fisiología difieren de los adultos, y su capacidad para comprender y cooperar puede variar ampliamente según su edad y nivel de desarrollo. Por lo tanto, es fundamental que los técnicos de rayos

X estén capacitados para abordar estas diferencias de manera adecuada y brindar un entorno seguro y confortable para los niños y sus familias.

Durante esta exploración, examinaremos las funciones específicas que los técnicos de rayos X desempeñan al trabajar con pacientes pediátricos, incluyendo la preparación del paciente, la comunicación efectiva con niños y padres, la adaptación de técnicas de imagen, la gestión de la ansiedad y la minimización de la exposición a la radiación. Además, destacaremos la importancia de crear un ambiente amigable y comprensivo que promueva la cooperación de los niños y reduzca el estrés asociado con los procedimientos de radiología.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia del papel del técnico de rayos en radiología con pacientes en edad infantil para proporcionar atención de calidad médica a los niños.

## 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 de rayos X que trabaja con pacientes en edad infantil desempeña un conjunto de funciones cruciales para garantizar la obtención de imágenes médicas de alta calidad y para asegurarse de que los niños se sientan seguros y cómodos durante el procedimiento. Estas son algunas de las funciones específicas que realiza un técnico de rayos X en radiología pediátrica:

Preparación del equipo y la sala de radiología: Asegurar que la sala de radiología esté lista para el procedimiento, incluyendo la calibración del equipo y la verificación de su correcto funcionamiento. Esto garantiza que todo esté en condiciones óptimas antes de que llegue el paciente.

Interacción con el paciente y los padres: Establecer una comunicación efectiva

con el niño y sus padres o cuidadores. Explicar el procedimiento de manera sencilla y comprensible, utilizando un lenguaje adaptado a la edad del niño. Responder a las preguntas y preocupaciones de los padres con empatía y tranquilidad.

Preparación del paciente: Ayudar al niño a sentirse cómodo y tranquilo antes del procedimiento. Esto puede incluir explicar cómo deben posicionarse, proporcionar prendas de vestir adecuadas y dispositivos de protección radiológica, y tranquilizar al niño sobre la exposición a la radiación, enfatizando su seguridad.

Elección de técnicas de imagen adecuadas: Seleccionar las técnicas de imagen más apropiadas según las necesidades clínicas y la edad del paciente. Esto puede incluir la adaptación de parámetros técnicos para reducir la dosis de radiación al mínimo necesario para obtener imágenes de calidad.

Gestión de la ansiedad y el miedo: Reconocer y abordar la ansiedad y el miedo que los niños pueden experimentar durante los procedimientos de radiología. Utilizar técnicas de distracción, como juguetes o imágenes divertidas, y explicar el procedimiento de manera positiva para reducir el estrés.

Minimización de la exposición a la radiación: Aplicar principios de protección radiológica para garantizar que la exposición a la radiación se mantenga al mínimo y esté dentro de límites seguros para los pacientes pediátricos.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico de rayos X en radiología pediátrica es fundamental para proporcionar atención médica de calidad a los niños. Trabajar con pacientes en edad infantil requiere habilidades especiales y una comprensión profunda de las necesidades y preocupaciones únicas de este grupo de pacientes.

En resumen, los técnicos de rayos X que trabajan con pacientes pediátricos desempeñan un papel fundamental en la atención médica al garantizar la obtención de imágenes precisas y de alta calidad, al tiempo que crean un ambiente seguro y reconfortante para los niños y sus familias. Su compromiso con la seguridad, la empatía y la competencia técnica es esencial para contribuir al bienestar de los pacientes pediátricos en el entorno de radiología.

# 6 Bibliografía

https://www.fp-santagema.es/tecnico-superior-en-radioterapia-cuales-son-sus-funciones-principales/

## Capítulo 462

# EL CELADOR Y LAS NORMAS DE ACTUACIÓN EN CUIDADOD ONCOLÓGICOS DE PEDIATRÍA

JOSE MARIN GARCIA

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

## 1 Introducción

Los cuidados paliativos en pediatría están destinados a pacientes enfermos con enfermedades o patologías muy graves, procesos ya avanzados y diagnósticos incurables y con una perspectiva de vida limitada. Su objetivo principal es reducir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida del paciente afectado y sus familias e identificar a los pacientes que están a punto de fallecer en menos de seis meses. Según las instrucciones de enfermeras, médicos y técnicos auxiliares de enfermería, el cuidador ayudará a estos pacientes. A medida que las enfermeras y otros profesionales de la salud, así como otros profesionales sanitarios y no sanitarios, se interesan cada vez más por los cuidados paliativos, soy consciente de su conceptualización y principios rectores, así como de la función del servicio de práctica que ofrece la profesión de enfermería. Pacientes afectados que el

personal médico ha comenzado a estar más atento al estado tanto físico como mental del paciente, a cuidarlo en todo momento y a brindarle una atención de mejor calidad dentro de la gravedad de la enfermedad, la concientización suele mejorar esta situación y por ejemplo. Todo ello, junto con el objetivo principal, es una investigación sobre los procedimientos a seguir en los cuidados paliativos, así como las acciones que deben realizar los cuidadores de los pacientes y sus seres queridos.

## 2 Objetivos

El principal objetivo es el trabajo de investigación por parte del celador del proceso a seguir en los cuidados paliativos en pediatría y la como debe actuar tanto con el enfermo como de sus familiares.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación relativa en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente en páginas de internet. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han mirado los artículos en revistas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones con palabras claves.

## 4 Resultados

Para atender las necesidades y demandas de estos pacientes en los hospitales y otros centros médicos, el sindicato de celadores profesionales colaborará con los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería. Este apoyo ayudará con los ajustes posturales necesarios así como con la limpieza, higiene y otras necesidades que sean importantes para la persona afectada. Los cuidados paliativos son una forma de atención social y médica que aparece durante la etapa terminal de la vida; se trata de un sistema verdaderamente integral de apoyo y asistencia a la paciente, mejorando su calidad de vida tanto como sea humanamente posible en esta etapa. No se puede exagerar la importancia de los cuidados paliativos. Para proporcionar este tipo de cuidados colaborarán los familiares, amigos y, por supuesto, el personal médico y de enfermería del paciente. Este equipo puede incluir un médico, un terapeuta, una enfermera, un trabajador social y un consejero espiritual. Para la prestación de servicios se requieren instalaciones como equipos

de seguimiento ambulatorio, unidades de cuidados paliativos en pediatría, residencias de ancianos para pacientes con diagnóstico terminal, unidades y servicios de hospital de día y atención y asistencia domiciliaria. La base y el éxito de los cuidados paliativos en pediatría, se basarán en la comunicación que debe darse y forjarse entre la paciente y su familia, así como su entorno, el equipo y el paciente en un ambiente de respeto, cordialidad y confianza, así como una comprensión absoluta de los objetivos y presunciones planteados, del estado de la patología y enfermedad, y de los deseos, particularmente de la paciente afectada y, en segundo lugar, de su familia. Un equipo capacitado de profesionales de cuidados paliativos en pediatría es mejor que cualquier medicamento psicotrópico, y tiene sentido que un paciente terminal presente un desequilibrio emocional pronunciado. Esta situación suele mejorar cuando la paciente afectada siente que el personal médico comienza a preocuparse por su bienestar físico y emocional, enfatizando siempre con ella y brindándole mejor calidad y tratamiento dentro de la gravedad de la enfermedad.

## 5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este estudio e investigación, es evidente que los cuidados paliativos son vistos como una atención prestada a y para la persona afectada, así como a otras partes interesadas, y como un derecho humano serio que requerirá atención integral y de alta calidad. Y cuidados que son cruciales para la sociedad actual. Siempre se deben ofrecer cuidados paliativos porque la muerte es un proceso inevitable y natural por el que todo el mundo debe pasar en algún momento de su vida. Esto permite que quienes sufren inseguridad, ansiedad, dolor, miedo, angustia, etc. fallezcan de manera lo más digna posible.

## 6 Bibliografía

https://revistamedica.com/introduccion-cuidados-paliativos-profesionalesenfermeria/
http:www. Secpal.com> Secpal-historia-de los – cuidados- paliativos.
Wikipedia.org/Medicina-Paliativa.

## Capítulo 463

# EL CELADOR COMO TRABAJADOR EN LOS CENTROS DE SALUD

JOSE MARIN GARCIA

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

## 1 Introducción

El término ”personal estatutario” se refiere a un conjunto de empleados que trabajan en hospitales y se definen como personas que tienen un estatuto propio con base en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, estatuto marco de los trabajadores estatutarios de los servicios sanitarios a los que pertenecen. La fuerza laboral sanitaria se divide en dos categorías: personal de gestión y servicios, y trabajadores no sanitarios. Los celadores entran en esta categoría y, en este sentido, no se consideran miembros de la profesión médica. Por la peculiar naturaleza de sus funciones, el guardia es un trabajador sujeto a una ley obsoleta aprobada el 5 de julio durante la dictadura, que estipula que el celador también podrá ser visto realizando otras tareas, como lavar pacientes, afeitar, arreglar la mesa de quirófano, y ayudar en la práctica de autopsias sin uso de anestesia, además de trasladar pacientes, documentar objetos y monitorear la institución y los pacientes. Las tareas

de vigilancia de la institución actualmente están a cargo principalmente del personal de seguridad, junto con el traslado de documentos, que ha ido asumiendo otras funciones no discutidas aquí porque el uso de computadoras prácticamente las ha eliminado aunque las usen el día a día.

## 2 Objetivos

Saber lo que el celador en los centros de salud deben hacer y sus funciones principales en dichos centros sanitarios.

## 3 Metodología

Como preparación para este estudio, se llevó a cabo un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y también se consultaron artículos en las principales bases de datos Pubmed, Medline y Sielo y se incluyeron artículos científicos seleccionados de las publicaciones científicas revisadas.

## 4 Resultados

Llamamos la atención sobre la importancia del trabajo de los celadores en el sector salud en el centro de salud, también es un factor a considerar, ya que los entornos médicos pueden ser extremadamente estresantes. Por ello, los profesionales deben ser capaces de controlarse, mantener la calma y pensar antes de actuar, para no cometer errores. No existe potencial de daño ni a los pacientes ni a los empleados por ello tiene algunas tareas que describiremos a continuación.
Las tareas en los centros de salud por el celador son más cruciales.
En general, independientemente de su lugar de trabajo, los guardias reciben capacitación para avanzar en sus funciones. Sin embargo, las siguientes son las tareas más típicas del director en atención primaria.
1-Conciencia y seguridad.
El celador es responsable de asegurarse de que las instalaciones y los sistemas de apoyo del centro de salud estén impecables y en perfecto estado de funcionamiento.
Además, se asegurará de que los visitantes del centro de salud, incluidos los pacientes y sus familiares, mantengan las cosas bajo control y traten de guardar silencio.

2. Información y atención al usuario.
También interactúa con los pacientes el personal de la sala.
Estos profesionales frecuentemente tienen que informar a los pacientes sobre su ubicación, el día y hora de sus citas y cualquier trámite que deba completarse, sin embargo, nunca ofrecen consejos o tratamientos médicos.
Son preguntas sencillas, pero el celador siempre debe cooperar y estar dispuesto a contribuir a su resolución.
3. Extracción y movilización del paciente.
El celador es el responsable de trasladar a los pacientes con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos cuando llegan al Centro Primario.
4-Reposición de los materiales.
El celador también es el encargado de reponer el material que falta en las consultas y en el centro de salud en su conjunto.
Para el director, manejar máquinas reproductoras como fotocopiadoras y otras máquinas auxiliares es una competencia. Es posible que el celador también deba realizar diligencias formales dentro y fuera de los centros de trabajo.

Presentación de informes con documentación acreditativa.
El celador es el encargado de trasladar la documentación requerida dentro del centro de salud, así como los registros médicos de los pacientes cuando sea necesario. Los deberes del celador también incluyen la correspondencia. Cuando sea necesario deberá entregarlo, recogerlo y distribuirlo.
Apoyo a la experiencia de los demás miembros del equipo.
Dado que la responsabilidad principal de un celador es hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar el bienestar de los pacientes, una de sus tareas más satisfactorias es ayudar a otros miembros del equipo de salud que brindan atención.
El celador puede atender a los profesionales sanitarios que realicen soluciones rápidas e intervenciones ambulatorias.

## 5 Discusión-Conclusión

Por esta razón, el celador debe aprender todo lo que pueda, ya sea de los expertos que lo rodean o apuntándose a cursos, y esto incluye comprender a fondo todas las técnicas de movilización. Transferir pacientes a varias partes del hospital para realizar pruebas o admitirlos es un foco importante de las tareas del cuidador en el área de emergencia. Otras funciones en situaciones de emergencia incluyen recibir a los enfermos o sus familiares en la puerta y servir de enlace entre ellos y el equipo médico. El cuidador también debe apoyar al equipo médico en todos los

demás aspectos, incluida la gestión de historiales, medicamentos y suministros médicos que se distribuirán desde el almacén del hospital. Las responsabilidades del celador en el piso del hospital incluirán mover a los pacientes para diversas pruebas, ayudar con la movilización, lavar a los pacientes encamados, ayudar con las mortajas y cualquier otra tarea que pueda surgir y así saber como vigilar de cerca el correcto manejo de los bienes de la institución y velar por qué exista el mayor silencio posible.

## 6 Bibliografía

Boletín oficial de Madrid 1955 del 6 de junio.
Orden ministerial del 1971 del 5 de julio del estatuto del personal no sanitario.

## Capítulo 464

# EL CELADOR Y COMO DEBE DE ACTUAR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

JOSE MARIN GARCIA

ALFONSO GANFORNINA CAMPOS

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MARÍA VANESA MARTÍNEZ EIRIZ

RAFAEL RODRIGUEZ MORALES

## 1 Introducción

Una autopsia, también conocida como ”autopsia”, es la apertura y examen de un cuerpo para determinar el estado de los órganos y la causa de la muerte. Esto puede o no ser requerido por la ley. El propósito de una autopsia forense es determinar la causa de la muerte de una persona. Esto se hace antes de que comience el entierro del cuerpo, o en algunos casos después del entierro, en caso de muerte antinatural o natural, o si hay evidencia de un delito. Este tipo de autopsia la realiza un patólogo forense quien explicará detalladamente el procedimiento y luego informará la causa y circunstancias de la muerte. La investigación se desarrolla en un lugar público y en presencia de un juez de instrucción. Si una simple prueba puede determinar la causa de la muerte, el juez puede decidir no realizar una autopsia. La disección la realiza un médico especialista en ”anatomía patológica” y consiste en abrir las paredes de la cavidad para exponer los órganos que contiene, el celador tiene que estar a la orden del profesional que la realiza, como el

celador,el forense, la auxiliar, la enfermera y realizar las tareas correspondientes que les toque a cada uno que componen el equipo.

## 2 Objetivos

Saber las funciones que el celador tiene que hacer en un servicio tan especial como es la sala de autopsias, donde se practican las autopsias por parte del forense.

## 3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en varios libros y a través de los buscadores PubMed, Cuiden y Elsevier y en varias páginas de internet, así como en los protocolos de la Unidad de celadores del Hospital Central de castilla la mancha SESCAM. Se utilizaron las palabras clave: autopsias, forense, celador, mortuorio, etc.

## 4 Resultados

Las funciones básicas de los asistentes en la sala de autopsias son las siguientes: - Colabora en la realización de disecciones con las funciones requeridas y el uso de instrumentos específicos en el cuerpo que se examina. -Serás responsable de la limpieza de la mesa de autopsias y sala de patología. - Es el encargado de transportar el cuerpo a la morgue. - Sacar el cuerpo de la cámara y llevarlo a la sala de autopsias designada. - Es responsabilidad del cliente preparar y limpiar todo el equipo de instrumentación requerido. - Si es necesario, retirar el sudario del cadáver, transportarlo a la mesa de disección designada y colocarlo en la posición correcta para el tipo de disección a realizar. Los asistentes en la sala de autopsias deben tomar una serie de medidas. - Uso de guantes - Batas (generalmente desechables e impermeables) - Uso de gafas y mascarilla para evitar salpicaduras de fluidos corporales - Uso de calzas generalmente con poca frecuencia y gorros - Antes y después del trabajo para evitar contaminación lávese las manos. Después de finalizar el trabajo o según sea necesario, limpiar y desinfectar todos los materiales utilizados, incluyendo la propia sala, mesas y equipos. Este es el trabajo que realizan los celadores dentro de la sala de autopsias como parte de sus funciones, aparte tenemos que decir que a la hora de limpiar ,el desinfectante más común utilizado en las salas de disección es la lejía, a menudo diluida con agua.

La formalina se puede utilizar para desinfectar equipos, desechos humanos y el aire interior, pero un gran inconveniente es que es tóxico. Por eso es ineludible delimitar los protocolos de las actividades que deben realizar, en donde en la sala de autopsias y el organismo patológico. La conveniencia de una formalidad de expediente es central porque garantiza el interés al tesonero y la blinda de los profesionales de la salud, sin embargo todavía evita posesiones complicaciones.

## 5 Discusión-Conclusión

Las funciones del personal como son los celadores son muy diferentes según el servicio en el que desarrolla su actividad profesional. Por eso es necesario definir los protocolos de las actividades que deben realizar, en este caso en la autopsia y las funciones que realizan. El uso de un protocolo de procedimiento es fundamental porque garantiza la adecuada atención al paciente y la protección de los profesionales de la salud, pero también evita posibles complicaciones. Por ello, siempre deben realizarse de forma sistemática utilizando protocolos establecidos, que deben ser revisados y actualizados frecuentemente para realizar lo mejor posible el trabajo.

## 6 Bibliografía

Celadores.org www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm.
Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas.
Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.

## Capítulo 465

# EL CELADOR EN LA PROTECCIÓN DE DATOS: PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

ANTONIA CARRETERO ROMERO

JESÚS PERUJO GARCÍA

## 1 Introducción

En el contexto de la protección de datos en el ámbito sanitario, se destacan tres pilares fundamentales: el respeto a la confidencialidad de la información médica, la obtención del consentimiento del paciente y el tratamiento de los datos en conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) y la Ley de Autonomía del Paciente.

Los hospitales y centros de salud deben acatar la legislación de confidencialidad del usuario, en particular, lo estipulado en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que establece lo siguiente: todo individuo tiene el derecho inalienable a que se respete la confidencialidad de los datos relativos a su salud, y nadie puede acceder a ellos sin autorización previa respaldada por la ley. Los datos relacionados con la salud, al igual que los referentes a la orientación sexual, raza o creencias religiosas, son considerados como datos personales sensibles tanto por el RGPD como por la LOPDGDD.

Desde la implementación del RGPD, esta información se ha categorizado como datos especialmente protegidos. Nadie está obligado a divulgar información de

carácter confidencial, y solo se permite el tratamiento de dichos datos con la expresa autorización por escrito del individuo afectado. Asimismo, las entidades que manejen este tipo de datos, deben realizar una evaluación de impacto y nombrar un delegado de Protección de Datos."

## 2 Objetivos

Analizar las consecuencias legales para los celadores y las instituciones en casos de infracción de la privacidad de los datos de los usuarios.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 protección de datos de los usuarios se ha convertido en un pilar fundamental en el trabajo de los celadores y otros profesionales de la salud en la actualidad. En un mundo cada vez más digitalizado, donde la información médica y personal se almacena y transmite electrónicamente, la responsabilidad de proteger la privacidad y seguridad de los datos de los pacientes adquiere una relevancia sin precedentes.

Cuando se infringe la protección de datos en instituciones de atención sanitaria, la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) puede imponer sanciones económicas. La magnitud de estas sanciones varía según la gravedad de la infracción y está especificada en la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) de la siguiente manera:

El artículo 74 se refiere a las infracciones leves, las cuales pueden resultar en multas que tienen un límite máximo de 40.000 euros.

El artículo 73 se refiere a infracciones graves, las cuales pueden resultar en multas entre 40.001 euros y 300.000 euros.

El artículo 72 se refiere a infracciones muy graves, las cuales pueden resultar en multas entre los 300.001 euros y 20 millones de euros, o el 4% de la facturación

anual.
Las leyes de protección de datos imponen sanciones significativas por el incumplimiento, lo que puede suponer además de las multas económicas mencionadas anteriormente, una pérdida de empleo para los profesionales de la salud. Estas sanciones actúan como un fuerte incentivo para garantizar el cumplimiento de las normativas de privacidad.
Sanción a un celador: Este caso surgió cuando el celador arrojó historiales médicos con datos personales en la vía pública. La AEPD impuso una multa de 60.101 euros, considerando esta acción como una infracción muy grave según la LOPD y una suspensión de 4 años de empleo.
Apertura de un expediente a un Hospital por una infracción: La AEPD inició un expediente contra un hospital en Inca debido a la filtración de datos personales de pacientes.
Sanción de 6.000 euros a un Centro Sanitario: Un centro médico en Cartagena recibió una multa de 6.000 euros de la AEPD por el uso indebido de datos personales de un cliente de la empresa con la que se fusionó.
La AEPD denuncia a un Hospital en Cuenca: Un hospital en Cuenca fue sancionado por ceder datos personales e historiales médicos de pacientes a una clínica privada sin cifrar la información, a pesar de que se trataba de datos especialmente protegidos. La multa ascendió a un total de 40.001 euros.

## 5 Discusión-Conclusión

La protección de la información médica en el ámbito de la atención sanitaria, que abarca a los celadores y otros profesionales de la salud, adquiere una importancia fundamental. Esto se debe a que la protección de los datos sanitarios de los usuarios es esencial para preservar su privacidad, mantener la integridad de la información y garantizar su seguridad. La seguridad de los datos médicos desempeña un papel crucial en la prevención de delitos cibernéticos, como el robo de identidad, y evita potenciales amenazas a la seguridad de los usuarios. Además, el respeto y la protección de estos datos son fundamentales tanto desde una perspectiva ética como legal, y su observancia rigurosa es esencial para mantener la confianza en el sistema de atención sanitaria y para proteger los derechos y la dignidad de cada usuario.

# 6 Bibliografía

1. Bas, C. R. Preguntas frecuentes de protección de datos personales. Ibsalut.es., de https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/proteccion-de-datos-personales/4132-preguntas-frecuentes-de-proteccion-de-datos-personales.
2. Ley de Protección de Datos sanitarios y médicos. (2023). Grupo Atico34; Ático34 Protección de datos para empresas y autónomos. https://protecciondatos-lopd.com/empresas/sanitarios/.

## Capítulo 466

# EL ROL DEL CELADOR EN LA ADMISIÓN EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

ANTONIA CARRETERO ROMERO

JESÚS PERUJO GARCÍA

## 1 Introducción

Urgencia es el término que empleamos para describir una situación en la que se hace necesaria la atención médica de manera inmediata, ya que se encuentra en juego la salud o la vida de una persona. Nos referimos a una urgencia cuando nos encontramos frente a una condición médica que demanda una intervención pronta y decisiva por parte de profesionales de la salud. Esto significa que, en determinados momentos, las acciones y decisiones tomadas en cuestión de minutos pueden tener un impacto crítico en el pronóstico y la recuperación del paciente. Cuando hablamos de urgencias, nos estamos refiriendo a situaciones que no pueden esperar, donde el tiempo es un factor esencial. Puede tratarse de un accidente grave, una repentina exacerbación de una enfermedad crónica, un trauma significativo o cualquier otra circunstancia médica que requiere atención inmediata para evitar un empeoramiento de la condición o un desenlace fatal.
En estas situaciones de urgencia, es fundamental acudir de inmediato a un centro médico o llamar al número de emergencias correspondiente, ya que la rápida

intervención médica puede marcar la diferencia entre la recuperación y las complicaciones graves. Por lo tanto, la urgencia representa un llamado a la acción inmediata y una prioridad absoluta en el ámbito de la atención médica.

## 2 Objetivos

Analizar y comprender el rol desempeñado por los celadores en el proceso de admisión en los servicios de urgencias hospitalarias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las funciones de los celadores en el proceso de admisión a urgencias son fundamentales para garantizar un flujo eficiente y seguro de pacientes en el entorno hospitalario. Estas funciones se dividen de la siguiente manera, con estimaciones aproximadas de su relevancia en el proceso:
El Registro de entrada de pacientes, que representa el 30% de las responsabilidades de los celadores en los servicios de urgencias. Estos profesionales desempeñan un papel fundamental en el proceso de atención médica. Registran información básica, como el nombre del paciente, la hora de llegada y los datos de contacto iniciales. Este proceso es fundamental para establecer un seguimiento adecuado y mantener un registro preciso de los pacientes atendidos.
La derivación hacia el área de triaje representa el 20% de las tareas de los celadores en urgencias. Los celadores colaboran en la organización del flujo de pacientes en urgencias, dirigiéndolos al área de triaje. Esta función ayuda a determinar la prioridad de atención de cada paciente según la gravedad de su condición, lo que permite una asignación eficiente de recursos médicos.
La responsabilidad de custodiar las pertenencias en casos excepcionales o en caso de solicitud del usuario representa el 10% de las tareas que realizan los celadores en esta área. En situaciones en las que los pacientes no pueden llevar consigo sus

pertenencias personales debido a su estado de salud o a la necesidad de procedimientos médicos, los celadores se encargan de asegurar y custodiar sus objetos de valor. Esta responsabilidad contribuye al bienestar y la seguridad de los pacientes.
La tarea de avisar a ambulancias, comprende el 20% de las responsabilidades de los celadores en los servicios de urgencias. Los celadores también son responsables de coordinar la llegada y la salida de ambulancias en el área de urgencias. Esto implica comunicarse con el personal de ambulancia, informar sobre la llegada de pacientes y garantizar una transferencia fluida y segura.
Por último, cumplimentar la documentación oportuna (partes al juzgado, etc.) representa el 20% de las responsabilidades en la admisión en las urgencias hospitalarias. En situaciones legales o administrativas específicas, los celadores pueden tener la tarea de completar documentación relevante, como partes judiciales o informes administrativos. Esto asegura que se cumplan los requisitos legales y se mantenga un registro adecuado de la atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

Los celadores desempeñan un papel fundamental en la admisión de pacientes en los servicios de urgencias. Su labor abarca diversas responsabilidades, desde el registro de información vital hasta la derivación de pacientes al triaje, la custodia de pertenencias, la coordinación con ambulancias y el cumplimiento de documentación relevante. Estas funciones no solo contribuyen al funcionamiento eficiente del servicio de urgencias, sino que también tienen un impacto directo en la atención y seguridad de los pacientes. La capacidad de los celadores para organizar el flujo de pacientes, garantizar la documentación adecuada y proporcionar apoyo en situaciones excepcionales es esencial para el buen funcionamiento de un servicio de urgencias. Su dedicación y compromiso son aspectos clave para asegurar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna y eficaz.

## 6 Bibliografía

1. Álvarez, A et al. (2010). Unidad de urgencias hospitalarias. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf.
2. Confederación general del trabajo. Sindicato de sanidad de las palmas. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_13.pdf79ue%20%20%20%20%20c.

## Capítulo 467

# LA CRECIENTE AMENAZA: AGRESIONES A CELADORES EN SALAS DE URGENCIAS

ANDRES ROSADO BALLESTEROS

ANTONIA CARRETERO ROMERO

JESÚS PERUJO GARCÍA

## 1 Introducción

Los profesionales del ámbito de la salud son el activo más preciado y fundamental del Sistema Nacional de Salud. A pesar de su importancia, se ven enfrentados a una serie de amenazas y agresiones mientras desempeñan sus funciones, lo que los exponen a riesgos que pueden tener graves consecuencias tanto para su propia seguridad y bienestar como para el sistema de salud en su conjunto.
Estas agresiones que sufren los trabajadores de la salud no son un problema nuevo; tienen una larga historia de persistencia y afectación en el ámbito laboral. A nivel internacional, la Organización Internacional del Trabajo reconoció esta preocupación en el año 1998, cuando publicó un informe basado en un extenso estudio sobre la violencia en el lugar de trabajo. Este informe arrojó como conclusión que los profesionales del sector sanitario enfrentan un riesgo significativamente elevado de sufrir agresiones en comparación con otros sectores laborales, lo que subraya la gravedad de esta problemática en el entorno de la salud.

El Ministerio de Sanidad, en 2017, decidió establecer un equipo de trabajo encargado de desarrollar los fundamentos de un sistema de registro de agresiones dirigido a los profesionales de la sanidad que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

## 2 Objetivos

Examinar a partir de tres casos las agresiones por parte de los pacientes hacia los celadores que desempeñan sus funciones en las áreas de urgencias hospitalarias.

## 3 Caso clínico

En el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, un paciente agredió de manera violenta a un celador mientras demandaba atención médica urgente. A pesar de haber sido previamente tratado y dado de alta, el paciente regresó al hospital exigiendo ser visto por un médico y amenazó con autolesionarse utilizando su cinturón si no era atendido de inmediato. Este incidente tuvo lugar en la sala de Urgencias, donde el paciente se infligió daño y mordió a un celador, causándole una lesión en un dedo al arrancarle parte de él. El personal de seguridad también tuvo que intervenir para evitar que el paciente se hiciera más daño. Debido a la agresión, el celador está actualmente de baja por razones médicas.

En el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) de Lugo, un celador sufrió una agresión por parte de varios miembros de una misma familia. La agresión comenzó cuando el celador salió al exterior al escuchar una discusión ruidosa, encontrando a cuatro personas discutiendo cerca de la sala de Urgencias de Pediatría. Con el objetivo de mantener la calma y proteger a los niños enfermos que se asustaban en el hospital, el celador les pidió que se calmaran o se alejaran de la entrada. Sin embargo, los agresores, respondieron de manera violenta a la solicitud del celador. Durante el enfrentamiento, la sudadera del celador resultó dañada, y recibió golpes y patadas por parte de los agresores. Como consecuencia de la agresión, el celador se encuentra en baja médica.

En el Hospital Reina Sofía de Murcia, el equipo de Urgencias se enfrentó a un paciente de 26 años que se volvió violento, agrediendo a una celadora y al guardia de seguridad. El paciente atacó a la celadora con dos puñetazos en el rostro, causándole heridas que requirieron sutura en la boca. El guardia de seguridad intervino y logró controlar al agresor, pero también resultó herido en el rostro y otras partes del cuerpo debido a la agresión. Los celadores de Urgencias asistieron al

guardia de seguridad en medio del altercado. El incidente ocurrió cuando el paciente, quien esperaba ser dado de alta en Urgencias, mostró un comportamiento violento y agresivo, golpeando a una profesional de la salud en la cabeza y el rostro. Como consecuencia de la agresión, la celadora está de baja médica.

## 4 Discusión-Conclusión

El aumento constante de las agresiones cometidas por pacientes contra los celadores está generando una preocupante problemática en cuanto a la seguridad en el entorno de la atención sanitaria. Los celadores se ven frecuentemente involucrados en situaciones estresantes y de alta tensión en su trabajo diario. Las consecuencias de estas agresiones son perjudiciales tanto para los trabajadores de la salud como para la calidad de la atención que se brinda a los usuarios. Es necesario que las autoridades tomen medidas para prevenir y abordar estos actos violentos contra los profesionales de la salud, implementando medidas adicionales de seguridad y sensibilizando a la población sobre la importancia de mostrar respeto y empatía hacia estos profesionales sanitarios.

## 5 Bibliografía

1. Clemente, Á. (2023). Brutal agresión: Un paciente arranca de un mordisco una falange a un celador de un hospital de Sevilla. Antena 3 Noticias. https://www.antena3.com/noticias/sociedad/brutal-agresion-paciente-arranca-mordisco-falange-celador-hospital-sevilla_202305046453db0a22859d00017effa1.html
2. García, A., & Lucas, A. (2023). Detenido un joven por agredir a una celadora en Urgencias del Reina Sofía. La Opinión de Murcia. https://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2023/05/16/detenido-joven-agredir-celadora-urgencias-87410326.html
3. + INFORME DE AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2022. Gob.es., de https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/Informe_Agresiones.2022.pdf

## Capítulo 468

# LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

## 1 Introducción

Los pacientes con enfermedades respiratorias pueden enfrentar una variedad de problemas de salud relacionados con el sistema respiratorio. Algunas de las enfermedades respiratorias más comunes incluyen:

- Asma: Una enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias, haciendo que se inflamen y se estrechen. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos y sibilancias.

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Una afección pulmonar crónica que limita el flujo de aire hacia y desde los pulmones. Es común en fumadores y puede causar dificultad para respirar y tos crónica.

- Neumonía: Una infección pulmonar que puede ser causada por bacterias, virus u hongos. Los síntomas incluyen fiebre, tos, dolor en el pecho y dificultad para respirar.

- Fibrosis Pulmonar: Una enfermedad en la que los pulmones desarrollan tejido cicatricial, lo que dificulta la expansión y contracción normal. Esto puede llevar a problemas respiratorios graves.

-Enfermedad Pulmonar Intersticial: Un grupo de enfermedades que afectan los espacios entre los sacos de aire en los pulmones (el intersticio). Puede provocar dificultad para respirar y disminución de la capacidad pulmonar.

- Bronquitis Crónica: Inflamación de las vías respiratorias que causa tos crónica y producción excesiva de moco.

- Apnea del Sueño: Una afección en la que la persona deja de respirar intermitentemente durante el sueño debido a la obstrucción de las vías respiratorias o problemas neurológicos. Puede causar somnolencia diurna y otros problemas de salud.

- Cáncer de Pulmón: Un tipo de cáncer que comienza en los pulmones y se puede diseminar a otras partes del cuerpo. El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer los cuidados al paciente con problemas respiratorios por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería destacando sus funciones en la presión arterial.

## 3 Metodología

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

# 4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en el cuidado de pacientes con enfermedades respiratorias. Su papel es proporcionar apoyo y asistencia a los pacientes bajo la supervisión de enfermeros y médicos.

La presión arterial es un parámetro importante para monitorear en pacientes con problemas respiratorios, ya que los cambios en la función respiratoria pueden afectar la oxigenación del cuerpo y, por lo tanto, influir en la presión arterial. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) pueden desempeñar un papel en la medición y el seguimiento de la presión arterial de estos pacientes bajo la supervisión de enfermeros o médicos. Aquí hay algunos puntos clave a considerar al tomar la presión arterial de un paciente con problemas respiratorios:

- Manguito Adecuado: Use un manguito de presión arterial adecuado para el tamaño del brazo del paciente. Un manguito demasiado pequeño o grande puede dar lecturas incorrectas.

- Colocación del Manguito: Colocar el manguito alrededor del brazo del paciente, aproximadamente 2-3 cm por encima del pliegue del codo. Asegurar de que esté bien ajustado pero no demasiado apretado.

- Evitar el Brazo Afectado: Si el paciente tiene un problema respiratorio en un brazo (por ejemplo, una lesión o cirugía), usar el brazo opuesto para la medición.

- Registro de Condiciones Específicas: Tomar en cuenta las condiciones específicas del paciente. Si están utilizando oxígeno suplementario, asegurar de medir la presión arterial con el paciente usando el oxígeno de manera continua. El uso de oxígeno puede influir en la presión arterial, y es importante documentar cualquier cambio en la concentración de oxígeno.

- Control de Factores Externos: Evitar factores que puedan afectar las lecturas de presión arterial, como la conversación o el movimiento excesivo durante la medición. Es importante que el paciente permanezca lo más tranquilo y relajado posible.

- Mediciones Repetidas: Si es necesario, tomar múltiples mediciones para obtener una lectura precisa. A veces, los pacientes con problemas respiratorios pueden tener fluctuaciones en la presión arterial debido a la dificultad para respirar.

## 5 Discusión-Conclusión

El manejo de estas enfermedades respiratorias varía según la afección y su gravedad. Los tratamientos pueden incluir medicamentos, terapia respiratoria, cambios en el estilo de vida (como dejar de fumar), oxígeno suplementario y, en algunos casos, cirugía. La prevención es fundamental en muchas de estas enfermedades, especialmente evitando la exposición al humo del tabaco y otros irritantes respiratorios.

Los TCAE deben seguir los protocolos y procedimientos de la institución de salud en la que trabajan para garantizar que se tomen las medidas adecuadas para la medición de la presión arterial en pacientes con problemas respiratorios. También deben estar preparados para responder a cualquier emergencia o cambio en la condición del paciente y comunicar esa información al personal de enfermería o médicos para una atención adecuada.

## 6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ards/symptoms-causes/syc-20355576

## Capítulo 469

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO

NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

## 1 Introducción

Las medidas de aislamiento en un hospital son un conjunto de precauciones y prácticas diseñadas para prevenir la propagación de infecciones entre pacientes, personal médico y visitantes. Estas medidas se implementan cuando se sospecha o se confirma que un paciente está infectado o colonizado con un patógeno contagioso, como bacterias resistentes a los antibióticos, virus, hongos u otros microorganismos que pueden representar un riesgo para la salud pública. Las medidas de aislamiento pueden variar en función del tipo de microorganismo y la vía de transmisión.

Las medidas de aislamiento se implementan de acuerdo con las pautas y políticas del hospital, y el personal de salud debe estar capacitado y ser diligente en

su cumplimiento. Además de proteger a otros pacientes y al personal médico, el objetivo principal del aislamiento es brindar atención segura y efectiva al paciente infectado. Las señales de aislamiento y las instrucciones para el ingreso a la habitación del paciente suelen estar claramente indicadas en la puerta de la habitación, y es esencial que todos los visitantes y el personal sigan las precauciones adecuadas para minimizar el riesgo de propagación de infecciones.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la implementación y el mantenimiento de las medidas de aislamiento en un entorno de atención médica.

## 2 Objetivos

- Explicar las responsabilidades y funciones que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden tener en relación con las medidas de aislamiento.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Aquí hay algunas de las responsabilidades y funciones que los TCAE pueden tener en relación con las medidas de aislamiento:

- Conocimiento de las Políticas y Procedimientos: Los TCAE deben estar bien informados sobre las políticas y procedimientos de aislamiento de su institución de salud. Esto incluye conocer los diferentes tipos de aislamiento (por ejemplo, aislamiento por contacto, aislamiento por gotas, aislamiento por precauciones respiratorias) y cuándo se deben implementar.

- Identificación de Pacientes en Aislamiento: Los TCAE deben ser capaces de identificar a los pacientes que requieren aislamiento y asegurarse de que se sigan las

medidas adecuadas. Esto puede implicar leer las notas médicas, las órdenes de aislamiento y observar las señales de advertencia en la habitación del paciente.

- Suministro de Equipo de Protección Personal (EPP): Los TCAE pueden ayudar a los pacientes y al personal de salud a ponerse y quitarse adecuadamente el EPP, que puede incluir batas, guantes, mascarillas, gafas o protectores faciales, según el tipo de aislamiento.

- Educación del Paciente: Los TCAE pueden proporcionar información al paciente sobre la razón del aislamiento, cómo seguir las precauciones y cómo mantenerse cómodos durante su estancia en aislamiento.

- Manejo de Residuos Biológicos: Ayudar en la disposición adecuada de los residuos biológicos, como desechos contaminados, para prevenir la propagación de infecciones.

- Promoción del Cumplimiento: Reforzar la importancia del cumplimiento de las medidas de aislamiento tanto para el paciente como para el personal de salud. Esto incluye recordar al personal y a los visitantes la necesidad de seguir las precauciones.

Coordinación con el Personal de Enfermería: Trabajar en estrecha colaboración con enfermeros y enfermeras para garantizar que las necesidades del paciente se cumplan de manera adecuada y que se sigan las precauciones de aislamiento.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la implementación y el cumplimiento de las medidas de aislamiento en un entorno de atención médica. Su contribución es esencial para prevenir la propagación de infecciones y proteger tanto a los pacientes como al personal de salud.

El cumplimiento riguroso de estas medidas es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal de salud en un entorno de atención médica. Los TCAE desempeñan un papel fundamental en este proceso al garantizar que se sigan las precauciones adecuadas y al proporcionar un entorno seguro para la atención médica. Su trabajo contribuye de manera significativa a la prevención de infecciones y al bienestar de los pacientes.

# 6 Bibliografía

- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-tcae-aislamiento-ambito-hospitalario/

## Capítulo 470

# EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE UNA MUESTRA DE ESPUTO

NURIA ALCAÑIZ ALCÁNTARA

ANA MARÍA JIMÉNEZ PRADOS

SAGRARIO RODRÍGUEZ GARCÍA

BEATRIZ DIEZ MARTINEZ

VERONICA DEL SAZ GARCIA

## 1 Introducción

Una muestra de esputo es una muestra de secreciones respiratorias que se obtiene cuando un paciente tose o expectora material desde sus pulmones y vías respiratorias, especialmente desde la tráquea y los bronquios. Esta muestra se recopila con el propósito de realizar pruebas de laboratorio para identificar posibles infecciones respiratorias, evaluar la presencia de microorganismos patógenos (como bacterias, virus o hongos) y determinar la sensibilidad a los antibióticos. La muestra de esputo es una herramienta importante en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias, como la neumonía, la tuberculosis, la bronquitis y otras infecciones pulmonares.

El proceso para obtener una muestra de esputo generalmente implica los siguientes pasos:

- Preparación del paciente: El paciente es instruido sobre cómo realizar una expectoración adecuada. Esto a menudo implica toser profundamente para expulsar las secreciones de los pulmones y las vías respiratorias.

- Higiene bucal: Antes de tomar la muestra, se le puede pedir al paciente que se enjuague la boca con agua para eliminar cualquier contaminación de saliva.

- Recopilación de la muestra: El paciente debe toser con fuerza en un recipiente estéril proporcionado por el personal de laboratorio o de enfermería para recoger el esputo. Es importante evitar la contaminación de la muestra con saliva bucal tanto como sea posible.

- Etiquetado y envío al laboratorio: La muestra de esputo se etiqueta adecuadamente con la información del paciente y se envía al laboratorio para su análisis. En el laboratorio, se examina para identificar microorganismos causantes de enfermedades respiratorias y, en algunos casos, para determinar la resistencia a los antibióticos.

## 2 Objetivos

- Mostrar el papel que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades 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

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) pueden desempeñar un papel importante en la recogida de una muestra de esputo, una tarea fundamental para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades respiratorias. Aquí

se describen los pasos generales que un TCAE debe seguir al recoger una muestra de esputo:

Preparación del Material y del Paciente:
- Verificar la orden médica o la solicitud de la muestra de esputo.
- Revisar la identificación del paciente y confirmar su nombre y número de identificación.
- Explicar al paciente el procedimiento y la importancia de seguir las instrucciones adecuadamente.
- Proporcionar un recipiente estéril para la muestra de esputo. Este recipiente suele ser un frasco estéril con tapa hermética.

Instruir al Paciente:
- Asegurarse de que el paciente entienda cómo realizar una expectoración adecuada.
- Indicar al paciente que debe enjuagar bien la boca con agua antes de la toma de la muestra.
- Explicar que debe toser con fuerza para expulsar el esputo directamente en el recipiente y no en la boca.

Recoger la Muestra:

-Proporcionar al paciente un recipiente estéril y asegurarse de que lo manipule con manos limpias.
- Observar al paciente mientras tose y recoge el esputo en el recipiente estéril.
- Asegurarse de que la muestra de esputo sea lo suficientemente grande y representativa para el análisis de laboratorio. Esto a menudo significa recoger varias muestras de tos profunda.

Comunicación:

- Informar al personal de enfermería o al laboratorio sobre la recogida de la muestra y asegurarse de que sea procesada según las indicaciones.

Limpieza y Desinfección:
- Limpiar y desinfectar adecuadamente el área donde se realizó el procedimiento de recogida de la muestra.

Documentación:

- Registrar la toma de la muestra en el historial clínico del paciente, incluyendo

cualquier observación relevante.

## 5 Discusión-Conclusión

Es importante que la muestra de esputo se obtenga de manera adecuada y estéril para garantizar resultados precisos. Además, el personal de salud debe tomar medidas de precaución para evitar la exposición a posibles patógenos durante el proceso de recolección de la muestra.

Es fundamental que el TCAE siga estrictamente las políticas y procedimientos de aislamiento y manejo de muestras de su institución de salud, así como las precauciones de control de infecciones para garantizar la integridad de la muestra y la seguridad del paciente y del personal de salud. Además, la comunicación efectiva con el equipo de atención médica es esencial para asegurarse de que la muestra se procese adecuadamente en el laboratorio y que los resultados sean interpretados y utilizados para el tratamiento del paciente.

## 6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/cultivo-de-esputo/

## Capítulo 471

# EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

MARIA JESUS LEON GOMEZ

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

## 1 Introducción

La histerosalpingografía es un procedimiento médico de diagnóstico que se utiliza para evaluar la anatomía del útero y las trompas de Falopio en las mujeres. Esta prueba es especialmente útil para investigar posibles problemas en el útero y las trompas que pueden estar relacionados con la infertilidad o trastornos del ciclo menstrual.

Aquí se describen los aspectos clave de la histerosalpingografía:

- Objetivo de la prueba: La histerosalpingografía se realiza con el propósito de examinar la cavidad uterina y las trompas de Falopio. Permite identificar posibles obstrucciones, malformaciones, pólipos, fibromas o cualquier otro problema que pueda afectar la capacidad de una mujer para concebir o experimentar problemas menstruales.

- Cómo se realiza: Durante el procedimiento, se inyecta un medio de contraste radiopaco a través de un catéter en el cuello uterino y en la cavidad uterina. El medio de contraste es visible en las imágenes de rayos X, lo que permite visualizar la forma del útero y la permeabilidad de las trompas de Falopio.

- Preparación previa: Antes de la histerosalpingografía, se puede requerir que la paciente tome antibióticos para prevenir infecciones. También se aconseja evitar tener relaciones sexuales o utilizar tampones en los días previos al procedimiento.

La histerosalpingografía suele ser un procedimiento ambulatorio y se realiza en una sala de radiología. Normalmente, dura alrededor de 15 a 30 minutos.

## 2 Objetivos

- Explicar las funciones del Técnico de Rayos en el procedimiento de histerosalpingografía al realizar las tareas relacionadas con la adquisición de imágenes radiográficas.

## 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 de rayos desempeña un papel esencial en el procedimiento de histerosalpingografía al realizar las tareas relacionadas con la adquisición de imágenes radiográficas. Aquí se describen las funciones y responsabilidades del técnico de rayos en el contexto de una histerosalpingografía:

- El técnico de rayos debe ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada para el procedimiento. Por lo general, el paciente se encuentra en posición ginecológica, similar a la posición de un examen pélvico, con las piernas flexionadas y los pies apoyados en estribos. Esta posición facilita la inserción de un catéter en el cuello uterino.

- Durante la histerosalpingografía, el técnico de rayos trabaja en colaboración con el médico radiólogo para tomar las imágenes radiográficas necesarias. Se debe posicionar el equipo de rayos X de manera adecuada para obtener imágenes claras y detalladas de la cavidad uterina y las trompas de Falopio mientras se administra el medio de contraste.

Después de la prueba, las imágenes de rayos X se analizan para evaluar la forma del útero y la permeabilidad de las trompas de Falopio. Los resultados pueden ayudar a identificar problemas como obstrucciones, malformaciones o adherencias que puedan estar afectando la fertilidad o causando trastornos menstruales.

En algunos casos, la histerosalpingografía en sí puede tener un efecto beneficioso en la fertilidad, ya que puede ayudar a despejar posibles obstrucciones en las trompas de Falopio. Sin embargo, esto no siempre ocurre y depende de la causa subyacente de la infertilidad.

Es importante hablar con un médico sobre los riesgos, beneficios y posibles resultados de la histerosalpingografía antes de someterse al procedimiento. Esta prueba puede ser una herramienta valiosa en la evaluación de problemas ginecológicos y de fertilidad en las mujeres.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos juega un papel esencial en el procedimiento de histerosalpingografía al ser responsable de la preparación del equipo y el entorno, la explicación al paciente, el posicionamiento adecuado, la toma de imágenes radiográficas, el control de la exposición a la radiación, el registro de datos, la asistencia al médico radiólogo y el seguimiento de la asepsia. Su contribución es fundamental para asegurar que el procedimiento se realice de manera segura, eficiente y que las imágenes sean de alta calidad para el diagnóstico de problemas ginecológicos y de fertilidad en las mujeres. La colaboración estrecha con el equipo médico y la empatía en la atención al paciente son aspectos clave de su labor en el contexto de la histerosalpingografía.

## 6 Bibliografía

-https://www.juanacrespo.es/histerosalpingografia/

## Capítulo 472

# CONOCIMIENTO DE LA CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

LLANOS GARCIA ARANOS

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

## 1 Introducción

Para garantizar la longevidad e higiene de los alimentos, el productor debe realizar una serie de procedimientos durante cada una de sus diversas etapas conocidas como conservación de los alimentos. Donde podemos decir que conservar los alimentos implica prevenir la acción de agentes (microorganismos o enzimas) que pueden cambiar sus características originales (apariencia, olor y sabor). Estos contaminantes pueden ser internos de los alimentos (microorganismos ambientales como bacterias, mohos y levaduras) o externos (microorganismos del entorno de los alimentos). Producción, transporte, venta y consumo final son algunas de las etapas por las que pueden pasar los alimentos. Debido al carácter perecedero de los alimentos, se debe tener especial cuidado para asegurar su conservación. Todos los alimentos tienen el potencial de cambiar en un período

de tiempo más largo o más corto como resultado de microorganismos contaminantes o reacciones enzimáticas en el propio alimento. Este conocimiento ayudará en la higiene gastronómica básica, y conocer el comportamiento de las materias primas te ayudará a decidir cómo utilizarlas y comprarlas, previniendo contaminaciones que puedan perjudicar a los usuarios. Los aditivos están presentes en todos los alimentos, o al menos en la mayoría de ellos. Son aditivos creados artificialmente que previenen el crecimiento de microorganismos y prolongan la vida útil de los alimentos manteniéndolos frescos. El proceso de conservación de los alimentos ha evolucionado con el tiempo. Existen numerosas técnicas de conservación de alimentos, y la mayoría de ellas tienden a eliminar los conservantes para conseguir una dieta más sana y natural.

## 2 Objetivos

-Conocer los métodos empleados para la conservación de alimentos.
-Exponer qué tipo de método es el más adecuado y las técnicas que se deben hacer en la conservación de los alimentos y cómo puede realizarse.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Cómo se clasifican los alimentos en función de los alimentos perecederos de su vida útil, como leche, carne, huevos y verduras, se descomponen rápidamente. • Alimentos semi-perecederos: estos son aquellos que duran mucho tiempo sin deteriorarse. Las papas, las nueces y los productos enlatados son algunos ejemplos. • Alimentos no perecederos: permanecen frescos.
Sobre frío.
Refrigeración: mantiene los alimentos lo suficientemente fríos como para prevenir el crecimiento bacteriano. Entre 2 y 5 ºC. Solo se recomienda la preservación de los alimentos a corto plazo porque la humedad fomenta el crecimiento

de bacterias y hongos.
Para congelar la mayor parte del agua que está presente en los alimentos, la congelación es el proceso de exponer los alimentos a temperaturas que son iguales o más bajas que las necesarias para el mantenimiento. Cuando se conserva un producto, la temperatura se mantendrá constante y se adherirá a las especificaciones y tolerancias establecidas para ese producto en particular. 20 grados por debajo de cero (en congeladores comerciales, cae a 40 grados bajo cero).
Alrededor del calor.
Blanching: este tratamiento térmico suave implica exponer el producto a una temperatura inferior a 100 grados durante un período prolongado de tiempo. Para detener la actividad enzimática de las frutas y verduras antes del procesamiento, se aplica.
El proceso de pasteurización es relativamente suave (100 ℃).
Esterilización: este proceso más extremo implica calentar el producto a entre 115 y 127 grados Celsius durante aproximadamente 20 minutos.
El secado, el salto, el curado, el azúcar, el tabaquismo son todos métodos para eliminar parte del agua de los alimentos.
Los productos deben etiquetarse adecuadamente para informarnos de todo lo relacionado con la comida, incluida la fecha, el producto en cuestión, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

Para decir que la conservación de alimentos corresponde a un conjunto de técnicas que deben encargarse de aumentar la vida y disponibilidad para el consumo humano, es importante tener en cuenta que conservar los alimentos implica mantenerlos por un mayor período de tiempo, bajo ciertas condiciones, condiciones que nos pueden permitir consumir estos alimentos en cualquier momento, sin perjudicar nuestra salud. Conocer estas técnicas nos permite tener la confianza de que comer estos alimentos es saludable para nosotros y nos da tranquilidad a la hora de prepararlos, servirlos y consumirlos para hacerlos más atractivos para el paciente que está ingresado.

## 6 Bibliografía

Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
Sistemas de normas sanitarias de alimentos

## Capítulo 473

# LAS DISTINTAS DIETAS QUE SE ELABORAN EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

LLANOS GARCIA ARANOS

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

## 1 Introducción

En un hospital donde ingresan muchos niños con alergias, intolerancias, razas, enfermedades, religiones y oncología, se prepara una gran cantidad de comidas debido a la cantidad de platos que se preparan cada día. La organización y distribución son complejas, por lo que es mejor organizar y distribuir la funcionalidad para aprovechar al máximo su trabajo.
Gracias al personal de primera línea, como cocinas del hospital, asistentes, cocineros, pinches de cocina, nutricionistas, dietistas, médicos, enfermeras y asistentes, se preparan las comidas de acuerdo a las necesidades de los pacientes. En los hospitales, la alimentación se divide a grandes rasgos en dos tipos: la alimentación normal, denominada alimentación básica, y la alimentación terapéutica, que se adapta para no tener un impacto negativo en la enfermedad. Dieta

regular: Con este tipo de dieta puedes comer cualquier cosa. Se puede comer cualquier alimento, por lo que la preparación es principalmente personal. Los alimentos se pueden dividir en varias categorías según su proceso de fabricación, y los alimentos terapéuticos no son una excepción. La alimentación hospitalaria es muy importante para que los pacientes recuperen rápidamente lo que necesitan y necesitan, los nutrientes necesarios, y que la comida sea lo más natural y atractiva para que el paciente aparte de la dieta que necesite sea más fácil de comer.

## 2 Objetivos

Explicar cómo en los hospitales se elaboran dietas individualizadas para cada paciente.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Para garantizar que los pacientes que han sido ingresados puedan acceder a una nutrición adecuada. Las dietas hospitalarias son planes de alimentación que incluyen los alimentos recomendados. Son capaces de producir un resultado terapéutico positivo que puede proteger y mantener mejor al paciente. Es fundamental que los pacientes lleven una dieta saludable que satisfaga sus necesidades nutricionales, por lo que los nutricionistas deben preparar sus comidas. ¿Por qué la comida del hospital es dulce, insípida, etc. cuando normalmente no nos gusta? Eche un vistazo a las distintas dietas que se ofrecen en los hospitales. Diversos menús hospitalarios que se pueden personalizar para cada paciente.
– Dieta en blanco. Bajo en fibra y grasas. Para pacientes con problemas digestivos o postoperatorios, se recomiendan preparaciones y alimentos de fácil digestión.
– Dieta básica. Se la denomina dieta normal porque suponen más de la mitad de los menús. Cuando un paciente ha pasado la entrevista con el especialista y

determina que no requiere una dieta específica, se le indica esta dieta.
Dieta baja en azúcar. No contienen azúcares adicionales para pacientes diabéticos. Esta dieta contiene mucha fibra para una eficiente absorción intestinal de los azúcares.
– Dietas bajas en sodio. Estas dietas son bajas en sodio y muy ricas en fibra, que se deriva de frutas, verduras y algunos carbohidratos integrales.
Dieta que es restrictiva. Las manzanas, los plátanos o el puré de manzana, el jamón y las galletas aumentan la cantidad de fibra soluble, mientras que las verduras y frutas pierden leche y fibra insoluble.
- Dietas hipercalóricas. Esta dieta rica en calorías y proteínas se recomienda para pacientes a los que se les ha diagnosticado desnutrición.
– Turmix. Pacientes que tampoco pueden masticar debido a la recuperación de la cirugía.
- Líquido. Los pacientes que han sido sometidos recientemente a una cirugía comienzan a consumir para determinar si pueden tolerarlo.

## 5 Discusión-Conclusión

Con todo ello, podemos afirmar que las dietas deben cubrir las necesidades básicas incluso si una persona ingresa en un hospital, por lo que deben adaptarse lo máximo posible a las dolencias y patologías del paciente. A esto hay que sumarle una valoración favorable por parte del especialista para mejorar la estancia del paciente en el hospital, aunque algunos pacientes ingresados tienen opiniones negativas sobre las comidas hospitalarias e intentan mejorarlas con la ayuda del especialista y a la hora de cocinarlas sean lo más atractivas posible a la hora de subirlas a las plantas para que el paciente sea más fácil de comer.

## 6 Bibliografía

https://www.blogdehla.es/
https://www.vitonica.com/dietas
https://www.universidadviu.com/

## Capítulo 474

# LA IMPORTANCIA DE TENER UN PLAN DE CALIDAD EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

MARÍA PILAR PIERNAS SARRION

ESPERANZA AGUILAR JIMENEZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

LLANOS GARCIA ARANOS

MARIA DE LOS LLANOS SANCHEZ GARCIA

## 1 Introducción

La importancia de implementar un plan de calidad son las medidas que debemos tomar para mejorar la calidad de las cocinas hospitalarias. Los planes de calidad se crean para dotar a las instituciones de una herramienta adecuada en su trabajo para que el paciente se sienta lo mejor posible. La tarea de los planes de calidad es cumplir las condiciones mínimas necesarias para lograr el objetivo previsto. La obtención de un servicio de calidad es necesario para fijar los estándares mínimos que deben cumplir las organizaciones comprometidas con la calidad, por lo que se debe elaborar un plan de calidad en las mejores condiciones posibles, por lo que lograrlo es fundamental. Es importante completar varias certificaciones, algunas de las cuales son obligatorias y otras opcionales. Esto se hace para certificar y evitar los riesgos de contaminación, y también para garantizar que los alimentos

que llegan al consumidor son seguros y no dañan la salud del consumidor. , que satisfacen las necesidades que esperan, siguiendo las reglas necesarias para lograr el resultado deseado. Para ello debes seguir varias reglas que debes intentar seguir para que dicho plan sea efectivo y tener todos los papeles en regla para la hora de las inspecciones tenerlos en regla.

## 2 Objetivos

Exponer la importancia de tener un plan de calidad 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

## 4 Resultados

Para empezar, debes conocer tu registro y seguir la mayoría de reglas básicas si queremos crear un plan de calidad que se debe seguir. - Reglamento (CE) nº 852/200.
Parlamento Europeo y del Consejo sobre higiene de los alimentos. - Reglamento (CE) nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo publicado el 28 de enero de 2002 sobre los principios y requisitos generales de la legislación alimentaria, el establecimiento de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y los procedimientos relacionados con la seguridad alimentaria. . -Formación e información de los empleados. - Salidas de emergencia bien señalizadas. -Extintores a la altura adecuada, bien identificados y no obstruyéndolos. - Crear un plan de evacuación ante situaciones de emergencia para garantizar la seguridad de usuarios y empleados. -Gestión de residuos de acuerdo con la normativa de protección ambiental. - Actualizar la prevención de riesgos laborales. - Las salas de procesamiento de alimentos, almacenes, salas, cámaras frigoríficas, para cubrir y vaciar la Línea Caliente sean lo suficientemente luminosas. - Salidas de humos

para ventilación y temperatura adecuada. - Máquinas y equipos en perfecto estado. - Limpieza y desinfección de bienes y superficies. - El lavavajillas deberá estar equipado para garantizar que la vajilla se lave con agua a la temperatura necesaria para una correcta desinfección. - Los electrodomésticos de cocina deberán estar en perfecto estado de uso y almacenamiento. - Con carácter general, los locales deberán cumplir con las normas técnicas y sanitarias vigentes en la materia. - Las salas deben estar disponibles para todas las inspecciones de los establecimientos de salud. Se deben conservar sus certificados. - Almacenes varios, productos lácteos, carnes, pescados, productos de sopa, compartimentos de frutas y verduras, congeladores, conservación de productos no perecederos. - zona de limpieza. - Se debe monitorear el almacén de alimentos para encontrar lo necesario para la producción del servicio. - Se deberá comprobar la fecha de caducidad de los productos servidos, para que lleguen al consumidor con garantía de que no se encuentran en mal estado.

- Los productos en el almacén deben estar bien identificados, etiquetados y siempre en el mismo lugar para poder encontrarlos en caso de ser necesario. Estas son algunas de las reglas que debemos seguir para lograr un plan de calidad. Todo debe quedar registrado y documentado en caso de que se produzca y sea necesaria una auditoría.

## 5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que el plan de calidad es un documento que contiene las actividades a implementar y define qué métodos y técnicas se pueden aplicar, reflejando cuáles, cuándo y cómo se aplicarán, esto se realiza a través del seguimiento en el departamento de calidad para lograr lo que las instituciones se han planteado para cumplir con los requisitos y satisfacer las necesidades que el usuario espera, para lograr lo que espera, por lo que debemos tratar de que el estar allí, su salud y llegada sea una prioridad para que ellos podrán ser felices y sus necesidades satisfechas, lo más importante es darle la calidad de vida que merece y espera. Por eso es importante tener un plan de calidad.

## 6 Bibliografía

Reglamento general sanitario https://www.winterhalter.com/

## Capítulo 475

# EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES EN LA MEDICINA FORENSE

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

MARIA JESUS LEON GOMEZ

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

## 1 Introducción

La medicina forense, también conocida como medicina legal, es una rama de la medicina que se ocupa de aplicar los principios y conocimientos médicos y científicos en el contexto legal y judicial. Su objetivo principal es contribuir a la investigación de casos judiciales, especialmente aquellos relacionados con la determinación de la causa y la manera de la muerte, así como la recopilación y el análisis de pruebas médicas y científicas para esclarecer cuestiones legales y criminales. La medicina forense desempeña un papel fundamental en el sistema de justicia y puede involucrar una variedad de áreas y actividades, entre las que se incluyen:

- Autopsias: La autopsia es una de las funciones más conocidas de la medicina forense. Los patólogos forenses realizan autopsias postmortem para determinar

la causa y la manera de la muerte en casos de muertes violentas, sospechosas o inexplicadas.

- Recopilación de pruebas: La medicina forense puede implicar la recopilación de pruebas médicas y científicas en el lugar de los hechos o durante la autopsia. Esto incluye la toma de muestras de tejido, fluidos corporales y otros elementos que puedan ser relevantes para la investigación.

- Evaluación de lesiones y traumas: Los médicos forenses evalúan y documentan las lesiones y traumas en víctimas de delitos o accidentes, lo que puede ser esencial en casos judiciales.

- Determinación de la identidad: La medicina forense puede utilizarse para la identificación de personas desconocidas a través de la comparación de registros médicos, huellas dactilares, registros dentales o pruebas de ADN.

- Investigación de intoxicaciones y envenenamientos: Los toxicólogos forenses investigan casos de intoxicación y envenenamiento, identificando sustancias químicas y determinando su papel en la causa de la muerte.

## 2 Objetivos

- Explicar la importancia del técnico de rayos en la obtención de imágenes radiológicas de alta calidad que ayudan a los patólogos forenses y a los investigadores a determinar las causas de la muerte y recopilar pruebas médicas en casos criminales o en situaciones de muertes inexplicadas.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Los técnicos de rayos en el campo de la medicina forense desempeñan un papel crucial en la obtención de imágenes radiológicas de alta calidad que ayudan a los

patólogos forenses y a los investigadores a determinar las causas de la muerte y recopilar pruebas médicas en casos criminales o en situaciones de muertes inexplicadas. Aquí se describen algunas de las funciones clave que un técnico de rayos puede llevar a cabo en la medicina forense:

- Realizar radiografías postmortem: El técnico de rayos toma radiografías de los cadáveres para buscar lesiones, fracturas óseas, objetos extraños, balas u otros elementos que puedan estar relacionados con la causa de la muerte.

- Documentar lesiones y hallazgos: El técnico debe documentar cuidadosamente todas las lesiones y hallazgos radiológicos en un informe para su posterior análisis por parte del patólogo forense. Esto puede incluir medidas de las lesiones, ubicación y descripción detallada.

- Asistir en autopsias virtuales: En algunos casos, se pueden utilizar técnicas de tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) para realizar autopsias virtuales sin la necesidad de disecciones físicas. El técnico de rayos puede llevar a cabo estos estudios y proporcionar imágenes detalladas para el análisis forense.

- Identificación de objetos extraños: En casos de muertes sospechosas o homicidios, el técnico de rayos puede ayudar en la identificación y localización de objetos extraños, como balas, fragmentos metálicos o cualquier otro material que pueda haber sido utilizado como arma.

- Colaboración con otros profesionales forenses: El técnico de rayos trabaja en estrecha colaboración con patólogos forenses, investigadores y otros profesionales forenses para asegurarse de que se obtengan las imágenes necesarias y se recolecten pruebas relevantes para la investigación.

- Seguridad y preservación de pruebas: Asegurarse de que se sigan procedimientos de seguridad radiológica para proteger la evidencia y a las personas involucradas. Esto incluye garantizar que las pruebas radiológicas no dañen ni contaminen la evidencia física.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos en la medicina forense desempeña un papel fundamental al proporcionar imágenes radiológicas y apoyo técnico en la investigación de casos judiciales y la determinación de causas de muerte. Sus funciones

incluyen la realización de radiografías postmortem, la documentación precisa de lesiones y hallazgos, la recopilación de pruebas médicas, la asistencia en autopsias virtuales, la colaboración con otros profesionales forenses y la preservación de pruebas médicas y radiológicas. Su trabajo contribuye significativamente a la recopilación de pruebas científicas y médicas que pueden ayudar a esclarecer cuestiones legales y criminales, y desempeña un papel crucial en el sistema de justicia y en la resolución de casos forenses.

## 6 Bibliografía

- https://peritojudicial.com/medicina-forense-y-legal/

## Capítulo 476

# LOS TECNICOS DE RAYOS (TESID) Y EL SÍNDROME DEL HOMBRO CONGELADO

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

VERÓNICA PEREZ ARGUISUELAS

MARIA JESUS LEON GOMEZ

ISABEL MARIA HERNANDEZ DEL REY

JAIRO MÁRQUEZ LIZANCOS

## 1 Introducción

El hombro congelado, también conocido como capsulitis adhesiva, es una afección médica que afecta a la articulación del hombro. Se caracteriza por la inflamación y el engrosamiento de la cápsula articular que rodea la articulación del hombro. Esto puede dar lugar a una pérdida progresiva de movimiento en el hombro y causar dolor intenso.

Los principales síntomas y características del hombro congelado incluyen:

- Dolor: El dolor en el hombro es uno de los primeros síntomas. Puede ser constante y empeorar por la noche.

- Limitación de movimiento: A medida que la afección progresa, el hombro se vuelve rígido y la capacidad para moverlo se reduce significativamente. Inicial-

mente, esto puede dificultar actividades simples, como peinarse el cabello o alcanzar objetos.

- Dificultad para dormir: El dolor y la rigidez pueden dificultar el sueño, especialmente cuando se intenta dormir del lado afectado.

Tres etapas: La capsulitis adhesiva a menudo se divide en tres etapas:
- Etapa I (Congelamiento): Se caracteriza por el inicio del dolor y la limitación de movimiento.
- Etapa II (Congelado): El dolor puede disminuir en esta etapa, pero la rigidez aumenta significativamente.
- Etapa III (Descongelamiento): En esta etapa, el dolor tiende a disminuir gradualmente, y la movilidad del hombro comienza a mejorar.

- Causas: Las causas exactas del hombro congelado no siempre están claras, pero a menudo se asocia con lesiones previas o cirugía en el hombro, enfermedades sistémicas como la diabetes o el hipotiroidismo, o puede ocurrir sin una causa evidente.

## 2 Objetivos

- Explicar las funciones especificas que un técnico de rayos puede realizar en un paciente con el sindrome del hombre congelado.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El diagnóstico del hombro congelado se realiza mediante la evaluación clínica por parte de un médico, que observará los síntomas del paciente y realizará pruebas físicas para evaluar la movilidad del hombro. En algunos casos, pueden ser

necesarios estudios de imagen, como radiografías o resonancias magnéticas, para descartar otras afecciones.

El Técnico en Radiología, también conocido como Técnico en Radiología Médica o Tecnólogo Radiológico, desempeña un papel importante en el diagnóstico y seguimiento del síndrome del hombro congelado (también llamado capsulitis adhesiva) en el contexto de la radiología y la imagen médica. A continuación, se describen las funciones específicas que un Técnico en Radiología (TESID) puede desempeñar en relación con esta afección:

El TESID debe explicar el procedimiento al paciente y asegurarse de que comprenda lo que va a suceder. También debe ayudar al paciente a posicionarse adecuadamente para obtener imágenes de alta calidad de la articulación del hombro.

- Toma de imágenes: Durante la radiografía o la resonancia magnética del hombro, el TESID es responsable de operar el equipo de imagenología de manera precisa y segura. Esto implica ajustar los parámetros del equipo según las especificaciones del médico y realizar las imágenes necesarias para evaluar la condición del hombro del paciente.

El TESID debe seguir medidas estrictas de seguridad radiológica para proteger al paciente y a sí mismo de la exposición innecesaria a la radiación ionizante (en el caso de radiografías) y garantizar que se cumplan todas las normas de seguridad relacionadas con la radiación.

El tratamiento del hombro congelado suele involucrar una combinación de terapia física, ejercicios de movilidad, analgésicos y, en algunos casos, inyecciones de corticosteroides. En casos graves y resistentes al tratamiento conservador, el médico puede recomendar procedimientos como la manipulación bajo anestesia o la liberación quirúrgica de la cápsula articular.

## 5 Discusión-Conclusión

El tratamiento temprano y la terapia física suelen ser efectivos para recuperar la movilidad y aliviar el dolor en la mayoría de los casos de hombro congelado. Sin embargo, el proceso de recuperación puede llevar varios meses, y la paciencia y la persistencia son clave para lograr una recuperación completa.

En resumen, el Técnico en Radiología desempeña un papel esencial en la obtención de imágenes médicas de alta calidad que permiten el diagnóstico y

seguimiento del síndrome del hombro congelado. Su experiencia en la operación del equipo de radiología y su cumplimiento de las medidas de seguridad radiológica son fundamentales para garantizar una evaluación precisa de la condición del paciente. Además, su capacidad para brindar un entorno de atención cálido y seguro es esencial para la experiencia del paciente durante el procedimiento.

## 6 Bibliografía

- https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases--conditions/hombro-congelado-frozen-shoulder/

## Capítulo 477

# EL PINCHE DE COCINA EN LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LAS CONTAMINACIONES CRUZADAS DE LOS ALIMENTOS. ALÉRGENOS.

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

## 1 Introducción

En el ámbito alimentario se conoce el término de reacción adversa a los alimentos, como a la reacción anormal del organismo de un paciente hacia un alimento una vez su ingestión. Mientras que a la contaminación cruzada, como al paso de microorganismos, gérmenes, toxinas o venenos de un alimento contaminado a un alimento sano.

Esta acción es un hecho común en aquellas instalaciones donde el mantenimiento de una higiene adecuada es escaso, o en aquellos lugares donde el espacio es muy reducido para poder elaborar los productos en diferentes áreas o secciones.

Sin embargo, en aquellos centros sanitarios de los que dispongan de cocina centralizada propia es una probabilidad más escasa, puesto que las cocinas están dotadas de grandes espacios, así como de controles exhaustivos y medios para

manipular, elaborar y conservar los alimentos con las condiciones de higiene adecuadas.
Del mismo modo, y de manera independiente a las óptimas características de las que disponen las cocinas centralizadas de los centros sanitarios, se deberán mantener unas normas básicas de higiene personal por parte de los manipuladores de alimentos, en las cocinas sanitarias por parte de los pinches de cocina y cocineros.
A lo largo de este capítulo científico se procederá a explicar los alérgenos que debe conocer el pinche de cocina durante la elaboración y emplatado de los menús individualizados.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los numerosos alérgenos que debe tener en cuenta el pinche de cocina durante la elaboración y emplatado de los menús individualizados.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Se define el concepto de alérgeno como las proteínas encontradas en los alimentos capaces de desencadenar una reacción en el organismo de la persona que lo toma. A pesar de ser una cantidad mínima de proteína existente en el alimento puedo provocar una gran reacción adversa en el paciente que lo toma. La reacción adversa provocada en el paciente por la ingesta de los alérgenos se conoce como alergia alimentaria.
Existe una clasificación teniendo en cuenta la proporción de pacientes que se encuentran sensibles a dichos alérgenos.
- Alérgenos menores. Estos alérgenos provocan una respuesta adversa a pocos pacientes.

- Alérgenos mayores. Estos alérgenos provocan una gran respuesta adversa a un gran número de pacientes, como mínimo al 50 % de los pacientes.

En cuanto a los alérgenos de origen animal se encuentran:
- Leche: La leche se convierte en el alimento que mayor intolerancia y reacción alimentaria provoca en los pacientes.
- Huevo. Es considerado como el segundo alimento que mayores alergias alimentarias provoca.
- Pescado Pudiendo provocar reacciones a través de dos causantes: Las propias proteínas del pescado presentes en el músculo de los animales y el anisakis. El anisakis consiste en un parásito que deposita larvas en el músculo del pescado. El paciente que ha tomado un pescado con anisakis sufre fatiga, urticaria, diarrea, anafilaxia y vómitos.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico demuestra los alérgenos existentes en cada uno de los alimentos elaborados en las cocinas centralizadas de los centros hospitalarios.
Es de vital importancia que tanto los pinches de cocina como los cocineros y nutricionistas conozcan los diversos alérgenos de los pacientes que se encuentran ingresados en las plantas de hospitalización, ya que si por error o por falta de desconocimiento se da un alimento a un paciente al cual es alérgico puede provocar una reacción adversa al paciente y perjudicar el estado clínico del paciente que acude al centro sanitario por otro motivo.

## 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 478

# COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

## 1 Introducción

La preparación de material quirúrgico es una parte esencial del proceso en un entorno médico y quirúrgico. Implica una serie de pasos meticulosos para garantizar que todo el equipo y los suministros necesarios estén listos y en condiciones óptimas para su uso durante una intervención quirúrgica. A continuación, se describen los aspectos clave de la preparación de material quirúrgico en 230 palabras:

La preparación comienza con la revisión y confirmación de la programación quirúrgica. El personal encargado debe verificar que el paciente correcto vaya a ser sometido a la cirugía correcta, asegurando una atención segura y de alta calidad.

Después, se procede a la esterilización y empaque de los instrumentos quirúrgicos. Los instrumentos se limpian, desinfectan y esterilizan siguiendo procedimientos estrictos para prevenir infecciones. Luego se empacan en envoltorios estériles o contenedores adecuados.

Los suministros adicionales, como apósitos, suturas y gasas, se preparan y organizan en bandejas o kits quirúrgicos según las necesidades de la intervención específica.

El equipo quirúrgico, incluidos los guantes, batas y mascarillas, se verifica y se asegura de que esté en buen estado y cumpla con los estándares de higiene.

Una vez preparado, todo el material se etiqueta claramente para identificar su contenido y fecha de esterilización, garantizando la trazabilidad.

Durante la cirugía, el personal quirúrgico puede acceder fácilmente a los instrumentos y suministros necesarios sin demoras ni confusiones, lo que es esencial para la seguridad del paciente.

Finalmente, después de la cirugía, el material utilizado se recolecta y se desecha de manera adecuada, y los instrumentos reutilizables se envían para su limpieza, desinfección y esterilización.

La preparación de material quirúrgico es un proceso meticuloso que garantiza un entorno quirúrgico seguro y eficiente, lo que a su vez contribuye al éxito de las intervenciones y a la atención de calidad para los pacientes.

## 2 Objetivos

Describir el cometido del celador en la preparación del material 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.

## 4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en la preparación de material quirúrgico dentro de un entorno hospitalario. Sus funciones se extienden más allá de la atención al paciente y abarcan actividades esenciales para garantizar que todo esté listo para una cirugía segura y eficiente.
Logística de Material: El celador es responsable de coordinar la logística de material quirúrgico. Esto incluye asegurarse de que los instrumentos, suministros y equipos necesarios estén disponibles en el área quirúrgica en el momento adecuado. También debe comunicarse con el personal de enfermería y quirúrgico para garantizar que se cumplan los horarios y se eviten demoras.

Transporte de Material: El celador realiza el transporte seguro y eficiente de material quirúrgico desde el área de almacenamiento hasta el quirófano. Esto implica el manejo adecuado de bandejas, kits quirúrgicos, instrumentos y otros suministros, asegurándose de que lleguen sin daños y se mantengan estériles.

Preparación de Quirófano: Antes de la cirugía, el celador colabora con el personal de enfermería y quirúrgico en la preparación del quirófano. Esto implica la disposición adecuada de instrumentos y suministros en las mesas quirúrgicas, asegurando que todo esté en su lugar y sea fácilmente accesible para el cirujano y el equipo.

Verificación de Identificación: El celador verifica la identificación de los instrumentos y suministros, asegurándose de que coincidan con la lista de verificación quirúrgica. Esta verificación rigurosa garantiza que se utilicen los elementos correctos durante la cirugía, reduciendo el riesgo de errores.

Manejo de Desechos: Después de la cirugía, el celador se encarga de la recolección y disposición adecuada de los materiales utilizados. Esto incluye la eliminación segura de residuos biomédicos y la preparación de material reutilizable para su limpieza y esterilización.

Colaboración Interprofesional: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería, cirujanos, técnicos quirúrgicos y otros profesionales de la salud. Esta colaboración garantiza una comunicación fluida y un flujo de trabajo eficiente en el quirófano.

Cumplimiento de Normativas: El celador debe seguir estrictamente las normativas de higiene y esterilización para garantizar que todo el material esté en condiciones óptimas y libre de contaminación. Esto es esencial para la seguridad del

paciente.

Mantenimiento de Equipos: Aunque el mantenimiento directo de los equipos quirúrgicos no es su responsabilidad principal, el celador puede informar sobre cualquier problema o necesidad de reparación que detecte durante su trabajo.

El celador juega un papel esencial en la preparación de material quirúrgico al coordinar la logística, garantizar la disponibilidad de suministros, transportarlos de manera segura, colaborar con otros profesionales de la salud y mantener la esterilidad. Su contribución asegura que el quirófano esté listo para proporcionar atención quirúrgica segura y eficiente a los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Para una eficiente preparación de material quirúrgico, el celador puede seguir estas recomendaciones. En primer lugar, es fundamental que mantenga una comunicación constante y precisa con el personal de enfermería y quirúrgico para entender las necesidades específicas de cada cirugía y garantizar que todo esté listo a tiempo. La coordinación y la sincronización son esenciales.

Además, se debe prestar especial atención a la esterilización y el manejo adecuado de los instrumentos. Siempre verifique que los elementos estén en perfecto estado y siga rigurosamente los protocolos de esterilización. Cualquier duda o problema con la esterilidad debe ser comunicado de inmediato al equipo quirúrgico.

En segundo lugar, el celador debe estar atento a la seguridad. Asegúrese de que los pasillos y áreas de trabajo estén libres de obstáculos y que los suministros sean transportados de manera segura para evitar caídas o accidentes. La seguridad es fundamental para mantener un entorno de trabajo sin riesgos.

Una comunicación efectiva y el cumplimiento riguroso de los procedimientos de esterilización son claves para la preparación de material quirúrgico exitosa. Además, la seguridad debe ser una prioridad constante. Estas prácticas garantizan un entorno quirúrgico eficiente y seguro para el beneficio de los pacientes y el equipo médico.

# 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 479

# TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

## 1 Introducción

Existen numerosas técnicas de conservación de alimentos, y la mayoría de ellas tienden a eliminar los conservantes para conseguir una dieta más sana y natural. Estas sustancias pueden ser internas de los alimentos, microorganismos externos como bacterias, mohos y levaduras, o ambos. El productor realiza una serie de procedimientos durante cada etapa de conservación de los alimentos con el objetivo de garantizar la vida útil y la limpieza de los alimentos. Debemos ser conscientes de que la conservación de los alimentos evita que el microorganismo cambie su sabor, aroma y apariencia. Producción, transporte, venta y consumo final son algunas de las fases por las que puede pasar un alimento. Los productos que se estropean rápidamente requieren un cuidado especial. Todo alimento

tiene el potencial de contaminar, ser insalubre e incluso mortal cuando se modifica. Los conservantes son sustancias químicas que se añaden a los alimentos para evitar que se pudran. Se añaden artificialmente para que duren más y estén en mejores condiciones. Las prácticas de conservación de alimentos han evolucionado con el tiempo. Saberlo nos ayudará a mantener los estándares higiénicos de las preparaciones fundamentales y a comprender las convenciones del género para que podamos utilizar técnicas de conservación para prevenir la contaminación que pueda dañar al usuario.

## 2 Objetivos

Conocer las técnicas empleadas para la conservación de alimentos y conocer qué tipo de método es el más adecuado dependiendo la procedencia del género que tenemos que conservar.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Siempre debemos tener presente lo crucial que es la conservación de los alimentos porque, gracias a estos métodos, prevenimos enfermedades e intoxicaciones provocadas por alimentos perecederos que de otro modo no se conservarían adecuadamente.
Los productos deben tener etiquetas precisas que nos informen de toda la información relativa al alimento, incluyendo la fecha, el producto concreto, etc.
Cómo se clasifican los alimentos según su duración Los alimentos perecederos, como la leche, la carne, los huevos y las verduras, se descomponen rápidamente.
• Alimentos semiperecederos: son todos aquellos que duran un corto período de tiempo antes de estropearse. Las patatas, los frutos secos y las latas son algunos ejemplos de ellos.
• Alimentos no perecederos: Se mantienen frescos.

Congelación: El uso de altas temperaturas para tratar los alimentos con el fin de hacer que el agua que contienen se solidifique o congele, previene el crecimiento y la propagación de bacterias, así como el deterioro de los alimentos.
Refrigeración: Mantiene el material lo suficientemente frío para evitar el crecimiento bacteriano entre 2 y 5 grados de temperatura. Dado que la humedad en la proliferación favorece la aparición de bacterias y hongos, el género solo se conserva temporalmente.
Esterilización: Es un procedimiento en el que exponemos el producto a temperaturas entre 115° y 128° durante al menos 20 minutos.
Secar, endulzar, ahumar, salar y curar eliminan parte o toda el agua de los alimentos.
Es un método de pasteurización muy suave (T 100° C).
Antes del procesamiento, se utiliza el escaldado para detener la actividad enzimática de frutas y verduras. Es una técnica térmica que expone el tejido a una temperatura inferior durante un periodo de tiempo inferior a los 100º.
Además, uso de decapado y conservante.

## 5 Discusión-Conclusión

Conocer estas técnicas nos permite estar seguros de que consumir estos alimentos es seguro para los humanos y, al prepararlos, prepararlos y servirlos, podemos hacerlo con la confianza de que no contraeremos intoxicación alimentaria.
Debemos tener en cuenta que conservar los alimentos implica conservarlos por un mayor periodo de tiempo, en condiciones específicas que nos permitan consumir estos alimentos en cualquier momento, sin causar daño a nuestra salud, donde podemos decir que conservar los alimentos corresponde a un conjunto de técnicas que deben ser responsables del aumento de la vida y la disponibilidad para el consumo humano y beneficioso para la salud.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 480

# LAS COCINAS HOSPITALARIAS: DESINFECIÓN Y LIMPIEZA

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

## 1 Introducción

Mantener las condiciones higiénicas es crucial en cualquier situación en la que manipule productos alimenticios para prevenir infecciones y enfermedades que podrían propagarse a través de los alimentos. La cocción es el último paso en la manipulación de los alimentos antes de su entrega a un paciente, lo que la convierte en un foco de infecciones que hay que evitar a toda costa. Debido a todos estos factores, es imperativo que todos los empleados de la cocina de un hospital tomen todas las medidas de seguridad posibles para garantizar que los alimentos que se manipulan allí sean seguros. Hay que tener más cuidado porque los pacientes hospitalizados son más susceptibles a patógenos y microorganismos por su situación allí, haciendo de la cocina del hospital el lugar donde mayor riesgo hay para la salud. Los que existen en otros contextos son menos contagiosos. Esto es particularmente cierto cuando grupos de personas especialmente designados son los consumidores previstos de los alimentos modificados. Para lograrlo, se

deben considerar y seguir al pie de la letra una serie de pautas, procedimientos y modos de funcionamiento, por lo que todo el personal del servicio de cocina del hospital debe conocerlos. Por eso el saneamiento y la limpieza son tan cruciales.

## 2 Objetivos

- Describir las medidas por parte de los trabajadores del hospital para evitar que se desarrollen los gérmenes y se produzcan intoxicaciones.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Dependiendo del nivel de riesgo, diferentes partes de la cocina del hospital requieren diferentes procedimientos de limpieza y/o desinfección. Debemos limpiar, desinfectar y tomar otras precauciones para evitar el desarrollo y propagación de bacterias patógenas en las cocinas porque hay muchos factores que pueden influir en este proceso.

Necesitamos entender que la limpieza es el proceso de eliminar la suciedad que ha quedado en las superficies. La limpieza debe realizarse antes de la desinfección, que implica deshacerse de los microorganismos patógenos, y solo funciona si se eliminan todos los microorganismos patógenos y las esporas. Cuando se habla de esterilización, es importante limpiar y desinfectar el espacio de trabajo. Otros factores también pueden afectar a esto, por lo que además de las precauciones mencionadas anteriormente, los manipuladores de alimentos también deben tener en cuenta su propia higiene personal. Factores que pueden afectar la rapidez con la que se reproducen los gérmenes, como la humedad. La Humedad favorece que los microorganismos crecen más rápidamente en ambientes con altos niveles de humedad.
A pesar de que algunos microorganismos pueden soportar temperaturas muy altas. Como resultado, estos patógenos podrían causar una serie de intoxicaciones.

Muchos gérmenes y sus toxinas son destruidos por las altas temperaturas, mientras que a otros, entre otros, se les impide multiplicarse, pero no los matan las temperaturas muy bajas.

Una consideración adicional es la necesidad de prevenir la contaminación cruzada, que puede ocurrir directa o indirectamente de un alimento a otro o de los utensilios a otro alimento a través de las manos del manipulador.
Para detener la propagación de gérmenes en los alimentos, los utensilios también deben almacenarse y protegerse después de que se hayan limpiado y desinfectado las superficies y el equipo.

Por todo ello, destaca la importancia de una adecuada higiene, limpieza y desinfección en las cocinas para proteger a los usuarios de enfermedades como:
-Gastroenteritis: provocada por una mala higiene del manipulador de alimentos y provocada por virus, bacterias o parásitos.
-La hepatitis A se transmite principalmente a través de manipuladores, enfermos, mariscos crudos y pescado de aguas contaminadas.

## 5 Discusión-Conclusión

En la cocina del hospital se deben seguir diferentes procedimientos de limpieza y desinfección de diversas superficies y objetos. Es necesario realizar ambos procesos, no solo la limpieza, debido al nivel de riesgo de contaminación. Para las superficies y equipamientos de la cocina existen diferentes procedimientos de limpieza y desinfección. Los miembros del personal deben estar familiarizados con ambas situaciones. Tenga en cuenta que existen numerosos microorganismos patógenos que pueden resultar perjudiciales si la cocina del hospital se contamina. El hospital cuenta con diversas áreas que requieren varios niveles de saneamiento, desde la limpieza más básica hasta la esterilización. Dependiendo del nivel de riesgo se debe utilizar uno u otro y seguir las instrucciones adecuadas.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 481

# PREELABORACIÓN DEL GÉNERO A COCINAR EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

AURELIA GARCÍA JIMENEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

FRANCISCO JOSÉ ANDÚJAR MENDICUTE

MARÍA DOLORES HERAS ARCAS

MARÍA VICTORIA MAS GARCÍA

## 1 Introducción

Las cocinas de los hospitales cuentan con áreas de preprocesamiento donde se preparan los productos para la producción. En estas zonas las materias primas son racionadas y limpiadas de acuerdo con los productos y técnicas que se deben elaborar. Una vez que los productos están listos para su uso y, si es necesario, cocidos, se almacenan en las cámaras hasta que son requeridos en la cocina para preparar las comidas. También puedes elaborar algunos platos finales, salsas o guarniciones en esta zona.
Las cámaras frigoríficas deben estar cercanas a la zona de lavado y tener acceso a la cámara, almacén y cocina. Para poder ver el interior y, en consecuencia, cómo se realiza el proceso, estas estancias deben tener ventanas de cristal independientes. Debe realizarse desde que se prepara el género hasta su finalización.

En estas salas deberán estar presentes los equipos y utensilios necesarios para completar el proceso de preprocesamiento. Para evitar contaminar el material se requiere limpieza tanto antes como después de este proceso. Con todo esto podemos decir que el preprocesamiento se refiere a los procedimientos que se deben aplicar a las materias primas, como lavar y retirar todo lo que no sea comestible y desinfectar el producto terminado.

## 2 Objetivos

- Informar sobre los procesos de pre elaboración a los alimentos, las distintas técnicas, en función de sus características y sus posibles aplicaciones.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 recomienda disponer de cada sala para cada grupo de alimentos con el equipamiento básico necesario, como mesas de trabajo, carros, herramientas y maquinaria, cortadoras de carne, mesas de báscula, etc. Para una preparación previa eficaz, cámaras frigoríficas para cada preparación previa. Son necesarios para evitar la contaminación cruzada. Donde el empleado debe ser consciente de sus responsabilidades, el lugar de trabajo debe estar preparado antes de comenzar disponiendo áreas, equipos, utensilios y herramientas. Todos los pasos que damos para preparar los alimentos antes de cocinarlos se llaman pre preparación. En cualquier caso, mantener los productos a la temperatura adecuada es tan crucial para nuestro trabajo como mantener la limpieza y la higiene. Es mejor hacer las preparaciones previas rápidamente y en un ambiente fresco porque todos los alimentos se mantienen fríos antes de cocinarlos. Los utensilios son un componente más necesario para la preparación previa, ya que cada alimento requiere un cuchillo específico del color correspondiente y una tabla para poder cortarlo y manipularlo. Por ejemplo, un cuchillo con hoja roja se usaría para la carne,

uno amarillo para el pollo, uno verde para las verduras y un mango azul para el pescado azul.
Estos son algunos de los procesos que utilizamos en las materias primas. A la hora de lavar frutas y verduras, utiliza mucha agua para eliminar la suciedad o restos de herbicidas que puedan tener. Enjuague bien y luego retire la piel o la podredumbre. Es necesario deshuesar y retirar partes antes de tratar la carne. Los restos innecesarios, como plumas, piel, muñones y gargantas, deben eliminarse de los animales antes de flamearlos. Además, se debe retirar la grasa y los cadáveres de los animales antes de flamearlos para evitar la posibilidad de que la carne se endurezca al consumirse. El pescado será el alimento más difícil de limpiar porque es muy delicado; Retire las cabezas, aletas, tripas y escamas hasta que el pescado sin fijar esté listo. Algunos alimentos, como las alcachofas, las berenjenas y las manzanas, debemos ponerlos en agua con limón o vinagre para evitar que se oxiden y oscurezcan. Podemos decir que el proceso de preparación previa comienza con la limpieza y finaliza con el corte. Los requisitos previos que deben cumplirse antes de producir la materia prima. La compra, el almacenamiento y la conservación del producto pueden considerarse pasos adicionales de preprocesamiento. Además de los métodos fundamentales, existe una variedad de otros procedimientos que se utilizan como preparativos previos en la cocina, que incluyen picar, asar, freír, refrescar, picar, triturar, deshidratar, atar, escalfar, etc.

## 5 Discusión-Conclusión

Debe tener en cuenta que trabajará en un entorno en el que la preparación previa es crucial. Para que la comida llegue al paciente de la mejor manera posible, se deben tener en cuenta varios factores, entre ellos comprar, almacenar, preparar, cocinar y distribuir la comida hasta que llegue al consumidor. También se pueden catalogar como pre elaboración las distintas tareas de corte o picado que deben realizarse, siempre de acuerdo con las exigencias de las preparaciones culinarias a las que están destinadas. Se incluyen también las tareas intermedias de conservación durante y después de la manipulación hasta el momento de su preparación y posterior consumo. Por lo tanto, para realizar una buena preparación previa, un chef necesita las herramientas y espacios de trabajo adecuados cerca de las áreas de producción, así como un conocimiento profundo de los utensilios de cocina que utilizará. Para lograr esto, cada instalación debe tener suficientes herramientas y maquinaria, además de baterías, herramientas y utensilios estándar.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 482

# LA ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA PARA MANTENER LA CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

GEMA SORIA LOZANO

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

## 1 Introducción

En las cocinas centralizadas de los centros hospitalarios se tiene que estar muy atento a mantener la conservación de los alimentos adecuadamente, puesto que estos tienen una duración de tiempo condicionada a las alteraciones químicas, biológicas y físicas sufridas, dando lugar a un alimento no apto para su consumo. En la actualidad existen multitud de métodos de conservación de los alimentos, ya sean perecederos, semiperecederos y no perecederos. Desde la antigüedad se ha intentado mantener en buen estado de conservación a los alimentos, desarrollando numerosas técnicas de conservación que han ido evolucionando a lo largo de los años y con la realización de multitud de estudios y experimentos.
El objetivo de la conservación es evitar que los alimentos se estropeen por su propia naturaleza. Los métodos de conservación pretenden garantizar algunos de estos principios:

• Exterminar los microorganismos existentes en los alimentos manteniendo a los alimentos en altas temperaturas, aunque se pierda algunos de los nutrientes del alimento.
• La reducción de la existencia de microorganismos en un alimento, de manera que no sea perjudicial para la salud de la persona que lo consume.
• Evitar la multiplicación de los microorganismos existentes en un alimento.
• Evitar la creación de reacciones químicas que estropeen los alimentos debido a las enzimas.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer el objetivo de la conservación de los alimentos en la cocina hospitalaria.
- Enumerar los diferentes métodos de conservación que deben tener en cuenta los pinches de cocina.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, la finalidad de aplicar los diferentes métodos de conservación de los alimentos utilizados en las cocinas de los centros hospitalarios es la de evitar que estos se estropeen debido a los microorganimos que aparecen por manera natural o debido a la contaminación cruzada desde un alimento contaminado a un alimento no contaminado.
Los métodos de conservación más utilizados son:
• Congelación.
• Refrigeración.
• Pasteurización.
• Ahumado.
• Salazón.

Sin embargo, este estudio se centrará en aquellos métodos menos utilizados.
El procedimiento de conservación de escabeche consiste en someter al alimento al efecto del vinagre y sal, evitando de esta manera la aparición de microorganismos.
A los alimentos fríos se le empleará un escabeche en estado frío, mientras que a los alimentos calientes se le empleará un escabeche en estado caliente.
Este método de conservación permite la conservación de los alimentos durante un largo periodo de tiempo.
Encurtidos.
El procedimiento de conservación de encurtidos consiste en introducir los alimentos en vinagre, azúcar y otros condimentos para provocar la acidez del alimento y evitar de esta manera la aparición de microorganismos.
Compota.
El procedimiento de conservación de compota consiste en cocer la fruta con azúcar para evitar la aparición de bacterias y microorganismos.
Confitado.
El procedimiento de conservación de confitado consiste en cubrir el alimento con su propia grasa o con grasa añadida ante la insuficiencia de su propia grasa una vez cocinado, de esta manera se protege de la contaminación de microorganismos.
Envasado al vacío.
El procedimiento de conservación de envasado al vacío consiste en introducir los alimentos en unas bolsas y extraer su oxígeno para su posterior congelación o refrigeración.
Manteniendo los alimentos al vacío se consigue la contaminación del alimento debido a que no pueda entrar nada del exterior.
Es importante asegurarse de que el envase al vacío no tenga ninguna fuga por donde pueda entrar el aire.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del pinche de cocina para mantener la conservación de los alimentos" nos demuestra los principios básicos sobre los que se basan los métodos de conservación utilizados en las cocinas de los centros hospitalarios.
Los pinches de cocina deberán conocer y familiarizarse con los procesos de conservación para mantener el buen estado de los alimentos utilizados durante la

preparación y elaboración de los menús en los centros hospitalarios, siendo de vital importancia realizar un correcto proceso de conservación para evitar la propagación masiva de una enfermedad alimentaria entre los pacientes.

## 6 Bibliografía

- Pinche. Temario específico. Servicio murciano de salud. España. MAD. Edición 2019.
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

## Capítulo 483

# COMETIDO DEL CELADOR EN LA SALA DE CITOSCOPIAS

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

## 1 Introducción

La cistoscopia es un procedimiento médico que permite examinar el interior de la vejiga urinaria y la uretra utilizando un instrumento llamado cistoscopio. Este dispositivo es un tubo delgado y flexible equipado con una pequeña cámara en su extremo que transmite imágenes en tiempo real a una pantalla. La cistoscopia se utiliza para diagnosticar y tratar diversas afecciones del tracto urinario, como infecciones, tumores, cálculos o estrecheces.

Durante una cistoscopia, el médico introduce el cistoscopio a través de la uretra hasta llegar a la vejiga. Esto se puede realizar tanto en hombres como en mujeres. El procedimiento puede ser realizado con anestesia local o general, dependiendo de la situación clínica y las preferencias del paciente.

La cistoscopia puede ser tanto diagnóstica como terapéutica. En su versión diagnóstica, permite al médico examinar la mucosa de la vejiga para identificar

posibles problemas. En su versión terapéutica, se pueden realizar procedimientos adicionales, como la extracción de cálculos o la extirpación de tumores pequeños.

La cistoscopia es un procedimiento médico esencial para el diagnóstico y tratamiento de afecciones del tracto urinario, permitiendo una visualización directa de la vejiga y la uretra a través de un cistoscopio, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre la atención y el tratamiento del paciente.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el área de citoscopias.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El celador desempeña un papel importante en la sala de citoscopias, donde se realizan procedimientos médicos relacionados con el examen de la vejiga urinaria y la uretra utilizando un cistoscopio. Aunque su función principal es brindar apoyo logístico y garantizar un entorno seguro y cómodo, sus responsabilidades pueden variar según las necesidades del paciente y del personal médico. Aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en esta área:

Preparación de la sala: El celador debe asegurarse de que la sala esté completamente preparada para el procedimiento. Esto incluye verificar que el equipo, como el cistoscopio y las herramientas auxiliares, esté en buen estado de funcionamiento y estéril. También debe asegurarse de que la iluminación sea adecuada y de que la sala esté limpia y ordenada.

Asistencia al paciente: El celador puede ayudar al paciente a prepararse para el procedimiento, brindándole información sobre lo que puede esperar y tranquilizándolo en la medida de lo posible. Esto es especialmente importante para

reducir la ansiedad del paciente antes de la citoscopia.

Transferencia segura: Si el paciente necesita ser movilizado desde su cama o silla de ruedas a la camilla de examen, el celador debe realizar esta transferencia de manera segura. Utilizará técnicas adecuadas de movilización y, en algunos casos, equipos de asistencia, como grúas o sillas de transferencia, para garantizar la seguridad del paciente y del personal.

Apoyo al personal médico: Durante el procedimiento de citoscopia, el celador puede estar presente en la sala para asistir al médico o al personal de enfermería según sea necesario. Esto puede incluir la entrega de instrumentos o la realización de tareas específicas, como la manipulación de equipos.

Mantenimiento de registros: El celador es responsable de mantener registros precisos de las actividades realizadas en la sala de citoscopias. Esto puede incluir la hora de inicio y finalización del procedimiento, la identificación del personal médico y otros datos relevantes.

Limpieza y desinfección: Después de que se complete el procedimiento, el celador puede ayudar en la limpieza y desinfección de la sala y el equipo utilizado, asegurándose de que todo esté listo para el siguiente paciente.

Asistencia postoperatoria: En casos en los que se realicen procedimientos más invasivos, el celador puede brindar asistencia al paciente después de la citoscopia, ayudándolo a volver a su cama o silla de ruedas y asegurándose de que esté cómodo.

El celador en la sala de citoscopias desempeña un papel fundamental al garantizar la preparación adecuada de la sala, la asistencia al paciente, el apoyo al personal médico y la gestión eficiente de los procedimientos. Su presencia y profesionalismo contribuyen al funcionamiento seguro y eficaz de esta área médica.

## 5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, para contribuir al buen funcionamiento de la sala de citoscopias, el celador puede seguir estas recomendaciones:
En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y constante con el personal médico y de enfermería para estar al tanto de los procedimientos programados y las necesidades específicas de cada paciente. Asegurarse de comprender los protocolos y procedimientos de la sala

de citoscopias para poder brindar un apoyo eficiente y oportuno.
En segundo lugar, la atención a los detalles es fundamental. La limpieza y esterilización adecuadas de la sala y el equipo son esenciales para garantizar la seguridad del paciente. Prestar especial atención a estos aspectos y siga rigurosamente las pautas de higiene y desinfección.
Además, la empatía y la paciencia son cualidades valiosas. Los pacientes que se someten a citoscopias pueden estar ansiosos o incómodos, por lo que mostrar comprensión y apoyo emocional puede marcar una gran diferencia en su experiencia. Brindar asistencia tranquilizadora durante las transferencias y estar atento a las necesidades de los pacientes antes, durante y después del procedimiento.
Por último, fomentar un ambiente de trabajo colaborativo. Trabajar en equipo con el personal médico y de enfermería para garantizar una atención integral y eficiente. Estar dispuesto a aprender y mejorar constantemente sus habilidades para contribuir al bienestar de los pacientes y al éxito general de la sala de citoscopias. La dedicación y profesionalismo son clave para brindar una atención de calidad en este entorno médico especializado.

## 6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 484

# COMETIDO DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA COLONOSCOPIA.

MARIA DEL MAR LÓPEZ MOLINA

JESUS RAMIREZ VELASCO

FELICIANO GARCÍA DEL CASTILLO DÍAZ

JOSE CARLOS MANZANARES CONTRERAS

ALMUDENA REDONDO GARCÍA

## 1 Introducción

La colonoscopia es un procedimiento médico utilizado para examinar el interior del colon o el intestino grueso. Se realiza con un instrumento largo y flexible llamado colonoscopio, que tiene una cámara en su extremo. Durante la colonoscopia, el paciente está bajo sedación para mayor comodidad.

El objetivo principal de una colonoscopia es detectar y diagnosticar una variedad de afecciones gastrointestinales, como pólipos, tumores, inflamación, úlceras, divertículos y otros problemas que puedan afectar el colon. También se utiliza para realizar biopsias y extirpar pólipos precancerosos.

El procedimiento comienza con la inserción del colonoscopio a través del ano y su avance gradual a lo largo del colon. La cámara en el extremo del disposi-

tivo transmite imágenes en tiempo real a un monitor, lo que permite al médico examinar detenidamente la mucosa intestinal en busca de anomalías.

Una colonoscopia es una herramienta valiosa para el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal, ya que puede detectar pólipos y otros signos de enfermedad en sus etapas iniciales, cuando son más tratables. Además, puede ser utilizada para evaluar y controlar a pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

La colonoscopia es un procedimiento médico crucial para la detección y el diagnóstico de diversas afecciones gastrointestinales, incluido el cáncer colorrectal, lo que la convierte en una herramienta fundamental para el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

## 2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

El papel del celador en la realización de una colonoscopia es fundamental para garantizar un proceso seguro y cómodo para el paciente. A continuación, se describen las funciones clave del celador en este procedimiento:

- Preparación del paciente: El celador colabora en la preparación del paciente antes de la colonoscopia. Esto incluye proporcionar información sobre el procedimiento, asegurarse de que comprenda las instrucciones preoperatorias y ayudar en la vestimenta hospitalaria, como batas y gorros.

- Acompañamiento y confort: Durante la colonoscopia, el celador brinda apoyo emocional al paciente. La mayoría de los pacientes se sienten ansiosos o incómodos antes y durante el procedimiento, por lo que la presencia amable y tranquilizadora del celador puede ser reconfortante.

- Traslado seguro: El celador es responsable de transportar al paciente desde su sala de espera o habitación hasta la sala de procedimientos. Debe garantizar un traslado seguro en una camilla o silla de ruedas, evitando cualquier caída o lesión.

- Preparación del entorno: Antes de la colonoscopia, el celador colabora con el equipo médico para asegurarse de que la sala de procedimientos esté lista y equipada adecuadamente. Esto incluye verificar que todos los instrumentos y materiales estén en su lugar y que el ambiente sea estéril y seguro.

- Asistencia al médico: Durante el procedimiento, el celador está presente para asistir al médico. Esto puede implicar la manipulación de equipos, proporcionar instrumentos adicionales o ayudar en cualquier tarea que el médico requiera para llevar a cabo la colonoscopia con éxito.

- Comunicación eficiente: El celador sirve como enlace entre el paciente y el equipo médico. Debe comunicar cualquier necesidad o inquietud del paciente al equipo y proporcionar información al paciente sobre lo que está ocurriendo en el procedimiento.

- Traslado postoperatorio: Después de la colonoscopia, el celador se encarga de transportar al paciente de regreso a su sala de recuperación o habitación. Asegura que el paciente esté cómodo y se recupere adecuadamente antes de dejarlo en manos de la enfermería.

El celador desempeña un papel crucial en la realización de una colonoscopia al garantizar que el paciente esté bien preparado, cómodo y seguro durante todo el proceso. Su presencia tranquilizadora y su colaboración con el equipo médico son fundamentales para el éxito del procedimiento y la experiencia del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una colonoscopia exitosa y cómoda para el paciente, como celador, es fundamental seguir ciertas recomendaciones.

En primer lugar, priorice la comunicación efectiva. Interactúe con el paciente con

empatía y proporcione información clara sobre el procedimiento y las expectativas. Asegúrese de que el paciente comprenda la preparación y el proceso.

En segundo lugar, mantenga un ambiente de calma y confort. La ansiedad es común antes de una colonoscopia, así que sea un apoyo tranquilizador. Preparar la sala de procedimientos de manera ordenada y amigable también contribuirá al bienestar del paciente.

Su rol como celador en la colonoscopia va más allá del aspecto logístico. Su capacidad de comunicación y su capacidad para proporcionar apoyo emocional son esenciales. Un paciente informado y tranquilo contribuye significativamente al éxito de la colonoscopia y a la satisfacción general del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, 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 485

# ACCIDENTE BIOLÓGICO DURANTE EL DESBARASE Y EL PINCHE DE COCINA

ANTONIO SAIZ VELASCO

MIRIAN LANGREO SERRANO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

## 1 Introducción

Un accidente biológico durante el desbarase se refiere a un incidente en el que se produce una exposición a materiales biológicos, como sangre u otros fluidos corporales, durante el proceso de limpieza y despeje de una área o superficie. El desbarase es una actividad en la que se retiran los utensilios de cocina, platos, recipientes y otros equipos después de su uso, y se procede a la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo.

Un accidente biológico puede ocurrir cuando un pinche de cocina o personal de limpieza entra en contacto con materiales biológicos potencialmente contaminados, lo que puede representar un riesgo para la salud si no se maneja adecuadamente. Algunas situaciones comunes que pueden dar lugar a accidentes biológicos durante el desbarase incluyen:

- Rotura de vidrios o utensilios que contienen líquidos biológicos: Por ejemplo, un plato que contiene sangre de carne cruda puede romperse, exponiendo al personal a la sangre.

- Cortes o heridas accidentales: Si alguien se corta mientras está manipulando utensilios o equipos, puede haber exposición a la sangre.

- Derrames de fluidos corporales: Si se derraman fluidos corporales, como sangre o líquidos de heridas, durante el proceso de desbarase, esto también puede dar lugar a un accidente biológico.

- Manipulación inadecuada de desechos biológicos: Al desechar materiales biológicos, como restos de alimentos crudos o desechos médicos, si no se hace de manera segura, puede haber exposición accidental.

- Falta de uso de equipo de protección personal (EPP): Si el personal no utiliza guantes u otro EPP necesario, puede aumentar el riesgo de exposición a materiales biológicos.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del pinche de cocina cuando el mismo se enfrenta a un accidente biológico durante el desbarase.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Cuando un pinche de cocina hospitalaria se enfrenta a un accidente biológico durante el desbarase, es esencial tomar medidas inmediatas y adecuadas para garantizar la seguridad alimentaria y la prevención de la propagación de infecciones. Un accidente biológico puede implicar derrames de alimentos, líquidos o

sangre. Aquí se describen los pasos a seguir en caso de un accidente biológico durante el desbarase:

- Detener el trabajo inmediatamente: En caso de un derrame de alimentos o líquidos contaminados, el pinche de cocina debe detener su trabajo de inmediato para evitar que el accidente empeore.

- Usar equipo de protección personal (EPP): El pinche de cocina debe ponerse equipo de protección personal, que puede incluir guantes de látex o nitrilo, batas impermeables y gafas de protección si es necesario.

- Limitar el área de contaminación: Si es posible, se debe delimitar el área contaminada y evitar que otras personas se acerquen al área afectada.

- Absorción del líquido: Si se trata de un derrame de líquido, como sangre, se deben usar materiales absorbentes, como toallas de papel o material absorbente de derrames, para absorber el líquido y evitar que se propague.

- Lavado de manos: Después de manejar el accidente biológico y antes de volver a trabajar en la cocina, el pinche de cocina debe lavarse las manos minuciosamente con agua tibia y jabón durante al menos 20 segundos.

- Reportar el incidente: El pinche de cocina debe informar de inmediato el accidente al supervisor o al departamento de seguridad del hospital, siguiendo los protocolos internos establecidos.

- Recoger los restos de alimentos o líquidos contaminados: Con guantes apropiados, el pinche de cocina debe recoger cuidadosamente los restos de alimentos o líquidos contaminados y colocarlos en un contenedor adecuado para desechos biológicos.

Limpiar y desinfectar: La zona afectada debe limpiarse a fondo con desinfectantes aprobados por el hospital para eliminar cualquier contaminación residual. Esto debe hacerse siguiendo los procedimientos de limpieza y desinfección del hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de un accidente biológico durante el desbarase es un aspecto crítico de la labor del pinche de cocina hospitalaria en la promoción de

la seguridad alimentaria y la prevención de la propagación de infecciones en un entorno hospitalario.

El pinche de cocina hospitalaria desempeña un papel crucial en la seguridad alimentaria y en la prevención de infecciones en el entorno hospitalario. La formación y la capacitación en procedimientos de seguridad, así como la diligencia en la respuesta a incidentes, son esenciales para garantizar la salud y el bienestar del personal y de los pacientes. La prevención y la gestión adecuada de accidentes biológicos son parte integral de la atención integral en un entorno hospitalario.

## 6 Bibliografía

- https://www.murciasalud.es/documents/153065/0/Pinche+Tema+4+%281%29.pdf/90920f74-04c0-7011-8a7b-ca8f6a1f29bb?t=1670249269643

## Capítulo 486

# LA DIETA BASAL Y EL PINCHE DE COCINA

ANTONIO SAIZ VELASCO

MIRIAN LANGREO SERRANO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

## 1 Introducción

La ”dieta basal” es un término que se utiliza en el ámbito de la nutrición y la dietética para referirse a la ingesta mínima de nutrientes necesarios para mantener las funciones básicas del organismo en un estado de reposo o inactividad. Esta dieta está diseñada para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales esenciales sin tener en cuenta actividades físicas o factores adicionales, como el crecimiento, la actividad física o el embarazo.

La dieta basal incluye los nutrientes esenciales que el cuerpo necesita para mantener sus funciones vitales, como el metabolismo basal, la función cardíaca, la respiración y la temperatura corporal. Estos nutrientes incluyen:

- Calorías: La cantidad de energía necesaria para mantener las funciones metabólicas básicas. Se suele expresar en kilocalorías (kcal).

- Proteínas: Para el crecimiento, la reparación y el mantenimiento de tejidos.

- Carbohidratos: Como fuente de energía inmediata.

- Grasas: Para el almacenamiento de energía y otras funciones metabólicas.

- Vitaminas: Como las vitaminas esenciales (A, D, E, K) y las vitaminas del complejo B, que son necesarias para varias funciones biológicas.

- Minerales: Incluyendo calcio, fósforo, sodio, potasio, magnesio, hierro y otros, que son esenciales para la salud ósea, la función nerviosa y muscular, y otros procesos.

- Fibra: Para el funcionamiento saludable del sistema digestivo.

## 2 Objetivos

- Describir las responsabilidades y funciones del pinche de cocina en relación con la dieta basal en un hospital para su correcto 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

Es importante destacar que la dieta basal es una cantidad mínima de nutrientes y energía necesarios para mantener las funciones vitales, pero no tiene en cuenta las necesidades adicionales que puedan surgir debido a la actividad física, el crecimiento, el embarazo, la lactancia u otros factores individuales. Las necesidades calóricas y nutricionales varían de una persona a otra, y la dieta basal es solo un punto de partida.

Para determinar las necesidades calóricas y nutricionales específicas de una persona, es fundamental considerar su nivel de actividad física, su edad, su género,

su estado de salud y otros factores individuales. Los profesionales de la salud, como los dietistas o nutricionistas, pueden ayudar a calcular las necesidades nutricionales y diseñar una dieta adecuada para cada individuo.

El pinche de cocina desempeña un papel importante en la preparación y el servicio de comidas, incluida la dieta basal, en un entorno hospitalario. La dieta basal es una parte esencial de la atención nutricional en un hospital, ya que proporciona los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales del cuerpo en reposo o inactividad. Aquí se describen las responsabilidades y funciones del pinche de cocina en relación con la dieta basal en un hospital:

Conocimiento de las pautas dietéticas: El pinche de cocina debe estar familiarizado con las pautas dietéticas específicas que rigen la dieta basal en el hospital. Esto incluye conocer las cantidades y tipos de alimentos permitidos y las restricciones alimentarias que pueden aplicarse a ciertos pacientes.

Preparación de comidas equilibradas: El pinche de cocina es responsable de preparar comidas que sean equilibradas nutricionalmente y que cumplan con las necesidades dietéticas de los pacientes en función de la dieta basal. Esto puede incluir la preparación de porciones específicas de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

Control de porciones: Es importante que el pinche de cocina siga las pautas de control de porciones para garantizar que las comidas sean adecuadas en términos de tamaño y contenido nutricional.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el pinche de cocina desempeña un papel fundamental en la preparación y el servicio de la dieta basal en un entorno hospitalario. Su labor es esencial para asegurar que los pacientes reciban comidas equilibradas y seguras que cumplan con sus necesidades nutricionales básicas y se cumpla todo con total normalidad.

En general, el pinche de cocina desempeña un papel crucial en el proceso de atención médica al contribuir a la nutrición y el bienestar de los pacientes hospitalizados. Su dedicación y atención a los detalles son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban comidas adecuadas que respalden su recuperación y salud general.

# 6 Bibliografía

- https://www.euroinnova.edu.es/blog/latam/dieta-basal

## Capítulo 487

# LA DIETA DE PROTECCIÓN HEPATICA HOSPITALARIA Y EL PINCHE DE COCINA

ANTONIO SAIZ VELASCO

MIRIAN LANGREO SERRANO

FRANCISCO CALLEJA MARTÍNEZ

LIDIA BALLESTEROS JARA

FELIPE FERNÁNDEZ ESCOBAR

## 1 Introducción

La dieta de protección hepática hospitalaria es un plan de alimentación diseñado específicamente para pacientes que tienen trastornos hepáticos o enfermedades del hígado, como hepatitis, cirrosis hepática, esteatosis hepática (hígado graso) u otros problemas hepáticos. El objetivo principal de esta dieta es reducir la carga de trabajo del hígado y prevenir el daño adicional al órgano. Aquí hay pautas generales que suelen aplicarse en una dieta de protección hepática hospitalaria:

- Limitación de grasas: Se reduce la cantidad de grasas saturadas y grasas trans en la dieta, ya que el hígado puede tener dificultades para procesar las grasas. Esto implica evitar alimentos fritos, comidas rápidas, alimentos procesados ricos en grasas y aceites saturados.

- Control de la proteína: La ingesta de proteínas suele ser controlada, especialmente en pacientes con cirrosis hepática, para evitar la acumulación de amoníaco en el cuerpo. Las fuentes de proteínas magras, como pollo, pavo y pescado, pueden ser preferibles.

- Reducción de la sal: Se limita la ingesta de sodio (sal) para prevenir la retención de líquidos. Esto significa evitar alimentos altos en sodio, como alimentos enlatados, embutidos y alimentos procesados. Se pueden utilizar sustitutos de la sal o hierbas y especias para sazonar las comidas.

- Control de azúcares: Para pacientes con enfermedades hepáticas relacionadas con la diabetes o la resistencia a la insulina, se puede controlar la ingesta de azúcares y carbohidratos refinados.

- Aumento de la fibra: La fibra dietética puede ser beneficiosa para el hígado, ya que ayuda en la digestión y la absorción de grasas. Se pueden incluir frutas, verduras, granos enteros y legumbres ricos en fibra.

- Control de líquidos: En algunos casos, como en la cirrosis avanzada, se puede limitar la ingesta de líquidos para prevenir la acumulación de líquidos en el abdomen (ascitis).

## 2 Objetivos

- Explicar el papel esencial de pinche de cocina en la preparación y el servicio de comidas que se ajusten a las necesidades de los pacientes con una dieta de protección hepática.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 las responsabilidades y funciones del pinche de cocina en relación con esta dieta:

- Conocimiento de las restricciones dietéticas: El pinche de cocina debe estar bien informado sobre las restricciones alimentarias específicas para los pacientes con enfermedades hepáticas. Esto incluye la limitación de ciertos nutrientes, como la sal y el azúcar, y la necesidad de una ingesta controlada de proteínas.

- Preparación de comidas bajas en grasa: La dieta de protección hepática suele requerir comidas bajas en grasas, ya que el hígado puede tener dificultades para procesar las grasas. El pinche de cocina debe usar métodos de cocción bajos en grasa, como asar, hervir o al vapor, y evitar el uso excesivo de aceite o mantequilla.

- Control de la sal: La restricción de sal es común en esta dieta, ya que puede ayudar a reducir la acumulación de líquidos en el cuerpo. El pinche de cocina debe usar sustitutos de la sal y hierbas y especias para sazonar las comidas en lugar de la sal de mesa.

- Porciones controladas: El control de las porciones es importante para asegurarse de que los pacientes no consuman más nutrientes de los necesarios. El pinche de cocina debe servir porciones adecuadas de acuerdo con las pautas dietéticas.

- Variedad de alimentos: Aunque puede haber restricciones en la dieta, es importante ofrecer una variedad de alimentos para evitar que los pacientes se aburran de las comidas y para asegurarse de que reciban todos los nutrientes necesarios.

- Adaptabilidad: La dieta de protección hepática puede variar según la gravedad de la enfermedad y las necesidades individuales de cada paciente. El pinche de cocina debe ser capaz de adaptarse a estas diferencias y seguir las indicaciones específicas de cada caso.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, la dieta de protección hepática hospitalaria es un componente crítico en el tratamiento y cuidado de pacientes con enfermedades hepáticas o trastornos del hígado. El pinche de cocina en un entorno hospitalario desempeña un papel esencial en la preparación y el servicio de comidas que cumplen con las restric-

ciones dietéticas específicas necesarias para proteger la salud hepática de los pacientes. En última instancia, la colaboración efectiva entre el personal de cocina, el personal médico y el personal de nutrición es esencial para brindar atención nutricional adecuada a los pacientes con enfermedades hepáticas. La dieta de protección hepática hospitalaria desempeña un papel crucial en la recuperación y el manejo de estas enfermedades, y el pinche de cocina contribuye de manera significativa a la salud y el bienestar de los pacientes a través de la preparación de comidas que se ajusten a estas necesidades dietéticas específicas.

## 6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002441.htm

## Capítulo 488

# EL PINCHE DE COCINA EN LA DISTRIBUCIÓN A LAS PLANTAS HOSPITALARIAS DE LAS BANDEJAS CON LAS COMIDAS

ALICIA DOMÍNGUEZ DEBÓN

ROBERTO DIAZ LOSADA

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

GEMA SORIA LOZANO

## 1 Introducción

Las cocinas de los centros hospitalarios no desarrollan un funcionamiento común a cualquier cocina destinada a un gran público, puesto que son los médicos y nutricionistas del centro sanitario los encargados de establecer los menús cada día.

El articulo 13 de la orden del 5 de julio en la cual se encuentran recogidas las funciones llevadas a cabo por los pinches de cocina en las instituciones sanitarias, detalla concretamente en el apartado 11.3 que será función de los pinches de cocina el traslado y retirada de las bandejas con el desayuno, comida, merienda y cena en cada planta del centro hospitalario donde se encuentren pacientes ingresados y en aquellos servicios en los que el personal sanitario tenga derecho a manutención durante sus turnos de guardia.

Además del propio traslado de las bandejas desde la cocina central hasta las plantas de hospitalización, también será función de los pinches de cocina junto a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería el reparto de las bandejas en las habitaciones de los pacientes.
Una vez las comidas han sido elaboradas y, repartidas y recogidas las bandejas con los alimentos, el pinche de cocina deberá realizar las labores de limpieza en la cocina central, ya sea para recoger los alimentos sobrantes o los utensilios utilizados durante la elaboración y emplatado de las elaboraciones.

## 2 Objetivos

-Enumerar las funciones realizadas por los pinches de cocina durante el reparto de las bandejas a los pacientes ingresados.
- Detallar el procedimiento a desarrollar para el reparto de bandejas en pacientes aislados.

## 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

Preparación y distribución de las bandejas.
Una vez las elaboraciones se encuentran preparadas, los pinches de cocina deberán establecer que tipo de elaboración será preparada en unas bandejas u otras, porque de ello depende el tipo de dieta de cada paciente.
Para la preparación de la bandeja se repartirán los pinches de cocina a lo largo de la cinta transportadora seleccionando unos alimentos u otros.
Procedimiento llevado a cabo para el reparto y retirada de las bandejas a los pacientes en aislamiento.
Como se ha mencionado anteriormente, en ocasiones el pinche de cocina se puede encontrar durante el reparto de las bandejas con que el paciente se encuentra en aislamiento, en estos casos se llevará a cabo el siguiente procedimiento

para evitar la contaminación y futura transmisión de la enfermedad que tiene el paciente aislado.
En aquellos casos en los que el paciente se encuentre en la modalidad de aislamiento se hará la entrega de la bandeja de dos formas posibles:
1. Será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería titular de dicho paciente la persona encargada de introducir la bandeja a la habitación, así como su retirada una vez el paciente ha terminado.
2. Será el pinche de cocina la persona encargada de introducir la bandeja en la habitación del paciente aislado.
En todo caso, independientemente del profesional encargado de introducir la bandeja, utilizarán los equipos de protección individualizado optimo para cada tipo de aislamiento. Estos equipos están formados principalmente por: calzas, bata, mascarilla, guantes y gorro, todos ellos desechables que deberán retirar antes de salir de la habitación.
Generalmente, los menús de los pacientes que se encuentran en aislamiento se preparan con material desechable, es decir se utilizarán recipientes, bandejas y cubiertos de un único uso, siendo depositados en cubos de basura que se encuentran dentro de la habitación una vez el paciente haya finalizado.

## 5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El pinche de cocina en la distribución a las plantas hospitalarias de las bandejas con las comidas" nos demuestra las funciones desarrolladas por los pinches de cocina durante su jornada laboral en relación con la distribución de las bandejas en las plantas de hospitalización.
Del mismo modo, se ha mencionado, por un lado, el procedimiento realizado por los pinches de cocina para preparar las bandejas, siendo estos supervisados en todo momento tanto por cocineros y gobernanta, como por el nutricionista responsable de la elección de los alimentos. Y por otro lado, las precauciones que deben tener en cuenta los pinches de cocina durante la administración de las bandejas a los pacientes en aislamiento.

## 6 Bibliografía

- Pinche. Temario específico. Servicio murciano de salud. España. MAD. Edición 2019.

- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

## Capítulo 489

# TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR HOSPITALARIA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

RAQUEL SALVADOR MOYA

## 1 Introducción

El Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es una unidad dentro de un hospital o centro médico dedicada a la realización de procedimientos quirúrgicos que requieren anestesia, pero que permiten que los pacientes sean dados de alta el mismo día de la cirugía, sin necesidad de una hospitalización prolongada.
Este servicio se enfoca en la atención de pacientes que necesitan intervenciones quirúrgicas, pero cuya condición de salud general les permite regresar a casa después de un breve período de observación postoperatoria. Los procedimientos realizados en el CMA abarcan una amplia gama de especialidades médicas, desde cirugías ortopédicas y oftalmológicas hasta procedimientos gastrointestinales y urológicos.

El objetivo principal del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria es brindar una atención quirúrgica eficiente y de alta calidad, minimizando la estadía hospitalaria y reduciendo el costo para el paciente y el sistema de salud en general. Los pacientes son evaluados de manera rigurosa antes de la cirugía para garantizar que sean candidatos adecuados para recibir alta el mismo día y se les brinda un seguimiento cercano después del procedimiento para asegurarse de que se estén recuperando de manera adecuada.
El Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria es una parte fundamental de la atención quirúrgica moderna que busca proporcionar cirugías seguras y efectivas con la menor interrupción posible en la vida de los pacientes.

## 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 mayor hospitalaria es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno médico crucial. Los celadores desempeñan una variedad de roles clave que abarcan desde el cuidado de los pacientes hasta el soporte logístico en el quirófano. Aquí se describen algunas de las funciones más importantes de los celadores en este contexto:
Recepción de pacientes: Los celadores son a menudo los primeros en recibir a los pacientes que van a someterse a cirugía mayor. Ayudan a los pacientes a sentirse cómodos y tranquilos, proporcionándoles información sobre el proceso quirúrgico y guiándolos a la sala de preparación.
Preparación quirúrgica: Ayudan a los pacientes a prepararse para la cirugía, lo que puede incluir ayudarles a cambiarse de ropa, afeitarse la zona quirúrgica y

verificar que cumplan con los requisitos previos.
Logística quirúrgica: Los celadores son responsables de garantizar que todos los suministros, instrumentos y equipos necesarios estén disponibles en el quirófano antes de cada procedimiento. Esto incluye la esterilización de instrumentos, la distribución de paquetes quirúrgicos y la preparación de la sala.
Asistencia en la sala de operaciones: Durante la cirugía, los celadores colaboran estrechamente con el equipo médico y de enfermería. Su tarea principal es estar preparados para proporcionar cualquier equipo adicional necesario, como instrumentos quirúrgicos o suministros estériles. Mantienen la sala de operaciones ordenada y aseguran que el entorno esté estéril.
Transferencia de pacientes: Después de la cirugía, los celadores son responsables de trasladar a los pacientes de manera segura desde el quirófano hasta la sala de recuperación o la unidad de cuidados intensivos. Esto requiere habilidades de manejo de camillas y el uso de medidas de seguridad.
Soporte a pacientes: Los celadores brindan apoyo emocional y físico a los pacientes, asegurándose de que estén cómodos y tienen acceso a agua y mantas cuando sea necesario. Además, pueden asistir en la movilización de pacientes para prevenir la rigidez muscular y las complicaciones posteriores a la cirugía.
Comunicación efectiva: La comunicación es esencial en este entorno. Los celadores deben mantener una comunicación clara y constante con el personal médico y de enfermería para coordinar el flujo de pacientes y equipos de manera eficiente.
El trabajo del celador en el servicio de cirugía mayor hospitalaria abarca desde la atención al paciente hasta la logística quirúrgica y el apoyo al equipo de salud. Su contribución es fundamental para garantizar que los procedimientos quirúrgicos se realicen de manera segura y eficiente, brindando un entorno adecuado tanto para los pacientes como para el personal médico.

## 5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio de cirugía hospitalaria, los celadores desempeñan un papel fundamental. Aquí hay algunas recomendaciones clave:
En primer lugar, la comunicación eficaz es esencial. Colabore estrechamente con el personal médico, de enfermería y otros celadores para garantizar que el flujo de pacientes y equipos sea fluido. Mantenga una comunicación constante para coordinar las necesidades de la sala de operaciones.
En segundo lugar, la atención al paciente es primordial. Sea comprensivo y brinde apoyo emocional a los pacientes antes y después de la cirugía. Asegúrese de que

estén cómodos y tranquilos.
En tercer lugar, la organización y la preparación son clave. Asegúrese de que todos los suministros y equipos estén listos antes de cada procedimiento. La eficiencia en la preparación de la sala de operaciones es esencial para evitar retrasos. Su papel como celador es esencial para el éxito del servicio de cirugía hospitalaria. Colabore, brinde apoyo a los pacientes y mantenga la sala de operaciones organizada para garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura y eficiente.

## 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 490

# TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA HOSPITALARIA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

RAQUEL SALVADOR MOYA

## 1 Introducción

El servicio de traumatología hospitalaria es una especialidad médica que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que han sufrido lesiones traumáticas en el sistema musculoesquelético. Estas lesiones pueden ser el resultado de accidentes automovilísticos, caídas, lesiones deportivas o cualquier otro tipo de traumatismo que afecte huesos, articulaciones, músculos o tendones.

En este servicio, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud trabaja en conjunto para brindar atención integral a los pacientes. Esto incluye cirujanos ortopédicos, fisioterapeutas, enfermeros, radiólogos y otros especialistas que colaboran para ofrecer el mejor tratamiento posible.

La labor del servicio de traumatología abarca desde la evaluación inicial de la lesión y la realización de pruebas diagnósticas, como radiografías o resonancias magnéticas, hasta la cirugía reconstructiva si es necesaria. Además, se encarga de la rehabilitación postoperatoria para ayudar a los pacientes a recuperar la función normal de sus extremidades.
La prevención de complicaciones y la gestión del dolor son también parte fundamental de este servicio. Se busca garantizar que los pacientes recuperen la movilidad y la calidad de vida de manera óptima.
El servicio de traumatología hospitalaria se dedica a la atención integral de pacientes con lesiones traumáticas en el sistema musculoesquelético, brindando diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados continuos para asegurar la recuperación de los pacientes.

## 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 traumatología hospitalaria es esencial para garantizar el adecuado funcionamiento de este servicio y para brindar apoyo tanto a los pacientes como al personal médico y de enfermería. A continuación, se describen algunas de las principales funciones del celador en este entorno:
Traslado de pacientes: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes desde las áreas de admisión o habitaciones hacia las salas de consulta, quirófanos o unidades de traumatología. Deben hacerlo con cuidado y respetando las medidas de seguridad para evitar lesiones adicionales.

Apoyo en el quirófano: En el servicio de traumatología, los celadores asisten en la preparación del quirófano antes de una cirugía, asegurándose de que esté limpio y equipado adecuadamente. También ayudan en el traslado de pacientes hacia y desde el quirófano, garantizando un flujo eficiente.
Limpieza y organización: Mantener las áreas de trabajo limpias y organizadas es fundamental para prevenir infecciones y facilitar el trabajo del personal médico y de enfermería. Los celadores contribuyen a mantener la higiene y el orden en las habitaciones y áreas comunes del servicio.
Atención a pacientes y familiares: Los celadores pueden ser la primera cara amigable que los pacientes y sus familiares encuentran en el hospital. Brindan orientación, acompañamiento y apoyo emocional a quienes lo necesitan, creando un ambiente más cálido y humano.
Transporte de material: Además de trasladar pacientes, los celadores se encargan de llevar suministros médicos, equipos y muestras de laboratorio de un lugar a otro dentro del hospital, asegurando que estén disponibles cuando se necesiten.
Colaboración con el personal de enfermería: Trabajan en estrecha colaboración con el personal de enfermería, ayudando en tareas como el cambio de camas, la distribución de alimentos o la toma de signos vitales, permitiendo que los enfermeros se centren en la atención directa a los pacientes.
Cumplimiento de protocolos de seguridad: Los celadores deben seguir rigurosamente los protocolos de seguridad, incluyendo el uso de equipos de protección personal cuando sea necesario, para minimizar riesgos tanto para ellos como para los pacientes.
El trabajo del celador en el servicio de traumatología hospitalaria es fundamental para garantizar un entorno seguro, limpio y organizado, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente de este servicio médico especializado. Su labor abarca desde el traslado de pacientes y el apoyo en el quirófano hasta la atención y orientación a pacientes y familiares.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento del servicio de traumatología hospitalaria, es fundamental que los celadores sigan algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial. Mantener una comunicación abierta y constante garantiza un flujo de trabajo eficiente y una atención óptima para los pacientes.
Además, la puntualidad y la diligencia son cruciales en este entorno. Los celadores deben estar preparados para responder rápidamente a las necesidades

de traslado de pacientes y a las solicitudes del personal médico. Esto implica estar bien organizados y conocer las ubicaciones de las habitaciones y áreas quirúrgicas.
La seguridad es otra prioridad. Los celadores deben cumplir estrictamente con los protocolos de seguridad, incluyendo el uso de equipos de protección personal cuando sea necesario. También es importante mantener la limpieza y la higiene en todo momento para prevenir infecciones.
La comunicación efectiva, la puntualidad, la seguridad y la higiene son pilares clave para un buen funcionamiento del servicio de traumatología hospitalaria. Los celadores desempeñan un papel vital en la atención de los pacientes y el apoyo al personal médico, contribuyendo al bienestar general de todos los involucrados.

## 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 491

# TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA HOSPITALARIA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

JUAN CARLOS PULIDO JIMÉNEZ

MARIA DEL MAR MANSILLA GARCIA

SANDRA FERNANDEZ PAJARES

RAQUEL SALVADOR MOYA

## 1 Introducción

El servicio de reumatología hospitalaria se refiere a una unidad médica especializada en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en un entorno hospitalario. Estas condiciones afectan a las articulaciones, músculos, huesos y tejidos conectivos, y pueden variar en gravedad, desde trastornos leves hasta enfermedades autoinmunes sistémicas.

El equipo en el servicio de reumatología incluye reumatólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, quienes trabajan en conjunto para brindar atención integral a los pacientes. El servicio se centra en diagnosticar enfermedades como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la espondilitis anquilosante y muchas otras. Los métodos diagnósticos pueden incluir análisis de sangre, estudios de imagen y evaluaciones clínicas.

El tratamiento en este servicio suele involucrar el manejo del dolor, la inflamación y la discapacidad. Los medicamentos, como los antiinflamatorios no esteroides (AINE), los corticosteroides y los medicamentos modificadores de la enfermedad, son comunes. Además, se pueden realizar terapias físicas y ocupacionales para mejorar la movilidad y la calidad de vida de los pacientes.

En resumen, el servicio de reumatología hospitalaria es una unidad médica especializada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Su objetivo es proporcionar atención integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan estas condiciones. El trabajo en equipo y una variedad de enfoques terapéuticos son característicos de este servicio.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el servicio de urología.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El trabajo del celador en el servicio de urología hospitalario es esencial para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de este departamento médico. Los celadores desempeñan un papel fundamental en la atención al paciente y en el soporte al personal médico y de enfermería. Aquí se describen algunas de sus funciones clave:

Movilización de pacientes: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes de sus habitaciones o áreas de espera al servicio de urología y viceversa. Esto implica garantizar que los pacientes estén cómodos y seguros durante el traslado, especialmente si tienen restricciones de movilidad.

Preparación de salas: Antes de las cirugías u otros procedimientos, los celadores

ayudan a preparar las salas asegurándose de que estén limpias, ordenadas y equipadas con el material necesario. También pueden asistir en la esterilización de instrumentos y la preparación de quirófanos.

Apoyo durante procedimientos: Durante los procedimientos médicos, los celadores pueden proporcionar asistencia al personal médico y de enfermería, asegurando que tengan el equipo y los suministros necesarios. Además, pueden ayudar a posicionar al paciente de manera adecuada para la intervención.

Transporte de muestras y documentos: Los celadores pueden ser responsables de llevar muestras de laboratorio o documentación importante entre el servicio de urología y otros departamentos del hospital, asegurando una comunicación eficiente.

Atención al paciente: Los celadores a menudo son la primera cara que ve un paciente cuando llega al servicio de urología. Brindan apoyo emocional, responden a preguntas básicas y ayudan a los pacientes a sentirse cómodos y seguros.

Mantenimiento y limpieza: También se encargan de mantener limpias las áreas de trabajo y los equipos, contribuyendo a un entorno seguro y estéril.

Colaboración con el equipo de salud: Los celadores trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar que el servicio de urología funcione de manera eficaz y que los pacientes reciban la mejor atención posible.

El papel del celador en el servicio de urología hospitalario es diverso y esencial. Contribuyen al bienestar de los pacientes, la eficiencia de los procedimientos médicos y el funcionamiento general del servicio. Su trabajo diario ayuda a garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan en un entorno seguro y ordenado.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento del servicio de urología hospitalaria, es fundamental que los celadores desempeñen sus funciones con eficacia y empatía. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y abierta con el personal médico, de enfermería y los pacientes es

crucial para garantizar un flujo de trabajo sin problemas. Escuchar atentamente las indicaciones y preocupaciones del equipo de salud, así como las necesidades de los pacientes, puede marcar la diferencia en la calidad de la atención.

En segundo lugar, la higiene y la esterilización son prioritarias en el servicio de urología. Los celadores deben ser meticulosos en la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo y el equipo, contribuyendo así a un entorno seguro para los procedimientos médicos.

Finalmente, la empatía y el apoyo son fundamentales para los pacientes. Brindar un trato amable, tranquilizador y comprensivo puede aliviar las preocupaciones de quienes se someten a procedimientos urológicos. Además, estar dispuestos a ayudar en la movilización y el confort de los pacientes durante su estadía en el servicio es esencial para su bienestar.
Un celador eficiente y compasivo desempeña un papel crucial en el buen funcionamiento del servicio de urología hospitalaria. La comunicación efectiva, el enfoque en la higiene y la atención empática hacia los pacientes son elementos clave para garantizar que el servicio brinde una atención de alta calidad.

## 6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 492

# PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

## 1 Introducción

El tabaquismo es una adicción al consumo de productos derivados del tabaco, especialmente cigarrillos, que contienen nicotina. La nicotina es una sustancia química altamente adictiva que se encuentra en el tabaco y que afecta al cerebro y al sistema nervioso central, creando una fuerte dependencia física y psicológica en quienes la consumen.

El acto de fumar tabaco generalmente implica inhalar el humo de los cigarrillos o productos de tabaco similares, lo que lleva a la absorción de la nicotina en el cuerpo. El tabaquismo es una de las principales causas de enfermedades y muertes evitables en todo el mundo y está asociado con una serie de problemas de salud graves, incluidos:

- Enfermedades cardiovasculares: El tabaquismo aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas, como la aterosclerosis (acumulación de placa en las arterias) y el infarto de miocardio (ataque al corazón).

- Cáncer: Fumar tabaco está relacionado con varios tipos de cáncer, incluidos el cáncer de pulmón, el cáncer de boca, el cáncer de garganta, el cáncer de esófago

y otros.

- Enfermedades respiratorias: El tabaquismo es la principal causa de enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la bronquitis crónica.

- Problemas dentales: Fumar puede causar problemas dentales, como enfermedad de las encías y decoloración dental.

- Problemas de embarazo y salud infantil: El tabaquismo durante el embarazo se asocia con complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante.

- Enfermedades gastrointestinales: Se ha relacionado el tabaquismo con un mayor riesgo de enfermedades gastrointestinales, como úlceras y enfermedad de Crohn.

- Adicción: La nicotina crea una fuerte dependencia física y psicológica, lo que hace que sea difícil para las personas dejar de fumar incluso cuando son conscientes de los riesgos para la salud.

## 2 Objetivos

- Describir las formas en que un odontólogo puede contribuir al tratamiento del tabaquismo, ya que el consumo de tabaco tiene un impacto significativo en la salud bucal y en la aparición de problemas dentales y orales.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El odontólogo desempeña un papel importante en el tratamiento del tabaquismo, ya que el consumo de tabaco tiene un impacto significativo en la salud bucal y

en la aparición de problemas dentales y orales. A continuación, se describen las formas en que un odontólogo puede contribuir al tratamiento del tabaquismo:

- Educación y concienciación: El odontólogo puede educar a los pacientes sobre los efectos negativos del tabaco en la salud bucal. Esto incluye la relación entre el tabaquismo y el cáncer oral, enfermedades de las encías, manchas en los dientes, mal aliento y otros problemas dentales. Proporcionar información precisa y visual, como fotografías de casos de cáncer oral relacionados con el tabaco, puede tener un impacto significativo en la concienciación de los pacientes.

- Evaluación del estado de salud bucal: Durante las visitas dentales regulares, el odontólogo puede evaluar el estado de salud bucal de los pacientes y buscar signos de problemas relacionados con el tabaquismo, como cáncer oral, enfermedad de las encías, manchas en los dientes y sequedad bucal. La detección temprana de estas condiciones es fundamental para el tratamiento efectivo.

- Apoyo para dejar de fumar: El odontólogo puede ofrecer apoyo y asesoramiento a los pacientes que deseen dejar de fumar. Puede recomendar recursos y programas para dejar de fumar, como líneas telefónicas de ayuda, grupos de apoyo y terapias de reemplazo de nicotina. Además, puede discutir las estrategias para superar los desencadenantes del tabaquismo y proporcionar motivación para dejar el hábito.

- Seguimiento y monitoreo: Después de que un paciente decida dejar de fumar, el odontólogo puede realizar un seguimiento regular para evaluar el progreso y brindar apoyo continuo. Esto puede incluir evaluaciones de salud bucal adicionales para identificar cualquier mejora y ayudar al paciente a mantener su motivación.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, el odontólogo desempeña un papel esencial en el tratamiento del tabaquismo al proporcionar educación, apoyo, evaluación y tratamiento de problemas dentales relacionados con el tabaco, y al ofrecer una perspectiva importante sobre los efectos del tabaquismo en la salud bucal. Colaborando con otros profesionales de la salud y recursos para dejar de fumar, el odontólogo puede ayudar a los pacientes a abandonar este hábito perjudicial y mejorar su salud oral y general.

En conclusión, el papel del odontólogo en el tratamiento del tabaquismo es fun-

damental para abordar los efectos perjudiciales del tabaco en la salud bucal y promover una mejor calidad de vida para los pacientes

## 6 Bibliografía

- https://cinfasalud.cinfa.com/p/tabaquismo/

## Capítulo 493

# NEURALGIA DENTAL Y EL ODONTOLOGO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

## 1 Introducción

La neuralgia dental, también conocida como neuralgia del trigémino, es un trastorno doloroso que afecta a los nervios que controlan las sensaciones en la cara, la mandíbula y los dientes. Esta afección se caracteriza por episodios repentinos e intensos de dolor facial, que pueden ser desencadenados por estímulos cotidianos como hablar, comer, cepillarse los dientes o tocarse la cara.

Los síntomas de la neuralgia dental pueden incluir:

- Dolor intenso y agudo: El dolor se describe comúnmente como una punzada eléctrica o un choque eléctrico en un área específica de la cara o la boca.

- Ataques recurrentes: Los episodios de dolor tienden a ser breves pero pueden ser recurrentes, ocurriendo varias veces al día.

- Disparadores: Algunos pacientes experimentan dolor cuando realizan acciones simples, como masticar, hablar, sonreír o incluso sentir una brisa en la cara.

- Sensibilidad táctil: La zona afectada puede volverse extremadamente sensible al tacto y a la estimulación leve.

- Dolor en un lado de la cara: La neuralgia del trigémino suele afectar un lado de la cara, aunque en algunos casos puede afectar ambos lados.

- Dolor facial severo: El dolor puede ser tan intenso que puede ser debilitante y dificultar actividades diarias normales.

La neuralgia dental puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona debido a su dolor intenso y recurrente, por lo que la atención médica temprana es esencial.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer algunas formas en que un odontólogo puede desempeñar un papel importante en el tratamiento de la neuralgia dental.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La neuralgia dental es causada por una irritación o compresión del nervio trigémino, que es uno de los principales nervios que controlan las sensaciones en la cara y la cabeza. Las causas específicas de esta irritación pueden variar y pueden incluir una presión anormal de un vaso sanguíneo sobre el nervio, lesiones en el nervio, infecciones o, en algunos casos, no tener una causa clara.

El papel del odontólogo en el manejo de la neuralgia dental es crucial, especialmente porque los síntomas a menudo se manifiestan en la región facial y bucal. Aquí se describen algunas formas en que un odontólogo puede desempeñar un papel importante en el tratamiento de la neuralgia dental:

- Diagnóstico preciso: El odontólogo puede realizar una evaluación completa de la salud bucal y facial del paciente para determinar si los síntomas son causados por problemas dentales o bucales subyacentes, como infecciones dentales, abscesos

o problemas en las muelas del juicio. Es importante descartar otras afecciones dentales antes de diagnosticar neuralgia dental.

- Derivación y colaboración interdisciplinaria: Si se sospecha que un paciente tiene neuralgia dental, el odontólogo puede derivarlo a un neurólogo o a un especialista en dolor para una evaluación adicional y un diagnóstico definitivo. La colaboración interdisciplinaria entre el odontólogo y otros profesionales de la salud es esencial para el manejo efectivo de esta afección.

- Tratamiento de problemas dentales subyacentes: En algunos casos, los síntomas de neuralgia dental pueden estar relacionados con problemas dentales específicos, como infecciones o abscesos. El odontólogo puede realizar procedimientos dentales para abordar estos problemas y aliviar el dolor.

El tratamiento de la neuralgia dental puede ser desafiante y puede variar según la gravedad y la causa de la afección. Las opciones de tratamiento pueden incluir medicamentos para aliviar el dolor, terapia física, procedimientos dentales para abordar problemas bucales subyacentes y, en casos graves y resistentes al tratamiento, cirugía para liberar la presión sobre el nervio.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del odontólogo en el manejo de la neuralgia dental es fundamental para brindar atención integral a los pacientes que experimentan esta afección dolorosa que afecta la región facial y bucal.

El manejo de la neuralgia dental puede ser un proceso complejo y multidisciplinario, y la comunicación entre los profesionales de la salud es esencial. La atención integral y personalizada es clave para ayudar a los pacientes a lidiar con esta afección dolorosa y mejorar su bienestar. El odontólogo, como parte de un equipo de atención médica, desempeña un rol importante en el diagnóstico temprano, el tratamiento y el apoyo a los pacientes con neuralgia dental.

## 6 Bibliografía

- https://www.isalud.com/blog/como-aliviar-la-neuralgia-dental/

## Capítulo 494

# EL ODONTOLOGO Y LA ELEVACION DEL SENO MAXILAR

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

LUIS GUILLERMO PESO NAVARRO

## 1 Introducción

El seno maxilar, también conocido como seno paranasal o seno antral, es una cavidad llena de aire que se encuentra en el interior de los huesos maxilares, que son los huesos superiores de la mandíbula. Estos senos están ubicados en ambos lados de la nariz, justo detrás de las mejillas y por encima de los dientes superiores. Son una parte importante de la anatomía de la cabeza y desempeñan varias funciones.

Las funciones principales del seno maxilar incluyen:

- Aligeramiento del cráneo: Los senos maxilares están llenos de aire y ayudan a reducir el peso total del cráneo, lo que facilita el movimiento y la función de la cabeza y el cuello.

- Resonancia vocal: Los senos maxilares también pueden influir en la resonancia vocal y en la calidad del sonido al hablar.

- Aislamiento térmico: La presencia de aire en los senos maxilares puede ayudar a aislar las estructuras sensibles de los cambios de temperatura externos.

- Protección y absorción de impactos: Los senos maxilares pueden proporcionar cierta protección y absorción de impactos en caso de lesiones en la cara.

Además de estas funciones, los senos maxilares también pueden estar relacionados con problemas médicos y dentales. Por ejemplo, las infecciones sinusales pueden causar dolor y presión facial, y las complicaciones dentales, como la infección de una raíz dental superior, a veces pueden extenderse hacia los senos maxilares.

## 2 Objetivos

- Brindar a los pacientes la oportunidad de restaurar la función y la estética dental en áreas previamente desafiadas por la falta de hueso, mejorando significativamente su calidad de vida por parte del odontólogo.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 odontólogo en la elevación del seno maxilar incluye los siguientes aspectos:

- Evaluación inicial: El odontólogo realiza una evaluación exhaustiva de la salud oral y la anatomía del paciente para determinar si es necesario un levantamiento del seno maxilar antes de la colocación de implantes. Esto se hace mediante radiografías y estudios de imágenes para medir la cantidad de hueso disponible.

- Planificación del procedimiento: Si se decide que la elevación del seno maxilar es necesaria, el odontólogo trabaja en estrecha colaboración con el paciente para planificar el procedimiento, explicar los pasos involucrados y responder a las preguntas o inquietudes del paciente.

- Realización del procedimiento: Durante la cirugía de elevación del seno maxilar, el odontólogo realiza una incisión en la encía para acceder al seno maxilar. Luego, se levanta con cuidado la membrana del seno maxilar y se coloca un injerto óseo o material de relleno en el espacio creado entre la membrana y el hueso maxilar existente. Este injerto óseo promoverá la regeneración de hueso en el área.

- Seguimiento y cuidado postoperatorio: Después de la cirugía, el odontólogo supervisa el proceso de curación y proporciona instrucciones detalladas sobre el cuidado postoperatorio. Esto puede incluir recomendaciones sobre la dieta, el uso de medicamentos para el dolor y la higiene oral adecuada.

- Colocación de implantes: Una vez que el hueso se ha regenerado lo suficiente, el odontólogo procederá a la colocación de implantes dentales en el área del seno maxilar elevado. Esta etapa se realiza después de un período de curación adecuado, que generalmente dura varios meses.

La elevación del seno maxilar es un procedimiento común en implantología dental para proporcionar la base ósea necesaria para implantes dentales exitosos en la región posterior superior de la boca. La habilidad y experiencia del odontólogo son fundamentales para llevar a cabo este procedimiento de manera segura y efectiva, asegurando resultados exitosos y la restauración adecuada de la función dental en el paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la elevación del seno maxilar es un procedimiento importante en la odontología, especialmente en implantología dental, que permite la colocación exitosa de implantes dentales en la región posterior superior de la boca cuando el hueso maxilar existente es insuficiente. La colaboración entre el paciente y el odontólogo es esencial para el éxito de la elevación del seno maxilar, y la experiencia y habilidad del profesional son críticas para llevar a cabo el procedimiento de manera segura y eficaz. La elevación del seno maxilar brinda a los pacientes la oportunidad de restaurar la función y la estética dental en áreas previamente desafiadas por la falta de hueso, mejorando significativamente su calidad de vida.

## 6 Bibliografía

- https://clinicalopezdental.com/funcion-seno-maxilar/

## Capítulo 495

# EL ROL DEL CELADOR DE FARMACIA EN LA CADENA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JOSE CARLOS CANO LORENTE

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

## 1 Introducción

La farmacia hospitalaria desempeña un papel vital en el sistema de atención médica, siendo un componente esencial en la prestación de cuidados de salud seguros y efectivos dentro de un hospital. Esta área se encarga de la gestión, preparación y distribución de medicamentos y productos farmacéuticos utilizados en el tratamiento de pacientes hospitalizados. Su importancia radica en asegurar que los pacientes reciban la atención farmacéutica necesaria para recuperarse de manera óptima y segura.

La farmacia hospitalaria es un entorno complejo que combina la ciencia farmacéutica con la atención clínica. Los farmacéuticos y el personal de farmacia tienen la responsabilidad de garantizar que se administren los medicamentos correctos, en las dosis adecuadas, en el momento oportuno y de acuerdo con las indicaciones

médicas. Esto implica una estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales de la salud para tomar decisiones clínicas fundamentadas en la elección de medicamentos y en la prevención de interacciones medicamentosas perjudiciales.
La seguridad es un principio fundamental en la farmacia hospitalaria. Se deben seguir estrictos protocolos de seguridad para prevenir errores de medicación y garantizar la calidad de los productos farmacéuticos utilizados. Esto incluye el adecuado almacenamiento de medicamentos, la verificación precisa de recetas médicas y la identificación de posibles problemas en la medicación de los pacientes.
Además de su función clínica, la farmacia hospitalaria también está involucrada en la gestión de inventario, la fármaco-vigilancia, la educación de pacientes y profesionales de la salud, y la investigación farmacéutica. Su trabajo contribuye significativamente a la mejora de los resultados clínicos de los pacientes y a la eficiencia del sistema de atención médica en su conjunto.

## 2 Objetivos

• Conocer la importancia del cuidado que debe tener el celador en el área de farmacia para el buen funcionamiento del hospital.
• Identificar las funciones del celador dentro del área de farmacia.

## 3 Metodología

Para redactar este capítulo se ha contrastado información actualizada que ha sido el resultado de una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes de información. Se ha buscado información en revistas de contenido sanitario y en páginas web online relacionadas con el tema en cuestión.
Palabras clave: medicamentos, gestión, distribución, farmacia.

## 4 Resultados

El cuidado y la atención prestados por el celador en el área de farmacia son fundamentales para el buen funcionamiento de un hospital. La farmacia es un componente crítico en la cadena de suministro de medicamentos y desempeña un papel esencial en la seguridad y la eficacia de la atención médica. A continuación, se

destacan varios aspectos que ilustran la importancia del cuidado que debe tener el celador en este entorno:

• Distribución Segura de Medicamentos: El celador de farmacia es responsable de transportar los medicamentos desde la farmacia central a las diferentes unidades de atención médica en el hospital. Un error en la distribución podría tener consecuencias graves para la salud del paciente. Por lo tanto, el cuidado y la precisión son esenciales para garantizar que cada paciente reciba los medicamentos correctos.

• Prevención de Errores de Medicación: Los errores en la administración de medicamentos son una de las principales causas de eventos adversos en la atención médica. El celador debe asegurarse de que las etiquetas de los medicamentos sean legibles y estén correctas, verificar la identidad del paciente y las dosis, y colaborar con el personal de farmacia y enfermería para evitar errores.

• Mantenimiento de la Cadena de Frío: Algunos medicamentos requieren condiciones de almacenamiento específicas, como temperaturas controladas. El celador debe cuidar de que estos medicamentos se almacenen y se transporten de manera adecuada para mantener su eficacia y seguridad.

• Confidencialidad y Privacidad: El celador debe respetar la confidencialidad y la privacidad de la información del paciente, especialmente en el manejo de recetas y medicamentos. Esto es crucial para mantener la confianza del paciente y cumplir con las regulaciones de privacidad de la salud.

• Apoyo a la Comunicación: El celador puede servir como un enlace importante entre el personal de farmacia, los médicos y las enfermeras, facilitando la comunicación eficaz sobre cuestiones relacionadas con los medicamentos y las necesidades de los pacientes.

• Gestión de Inventarios: Contribuye al cuidado de los medicamentos y suministros farmacéuticos, evitando el desperdicio y la falta de existencias críticas.

• Recepción y Almacenamiento de Medicamentos: Ayuda en la recepción y el almacenamiento adecuado de los medicamentos. Esto incluye asegurarse de que los medicamentos se almacenan a la temperatura y humedad adecuadas y que están protegidos de la luz y otros factores que puedan comprometer su calidad.

• Apoyo en Casos de Emergencia: En situaciones de emergencia, como desastres naturales o pandemias, el celador de farmacia puede desempeñar un papel clave en la distribución rápida de suministros médicos esenciales.

• Cumplimiento Normativo: Se asegura de que todas las actividades de la farmacia se lleven a cabo de acuerdo con las regulaciones y estándares de seguridad en la atención médica, incluyendo el manejo adecuado de sustancias controladas y la confidencialidad de la información del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Para concluir, la farmacia hospitalaria es un componente esencial en la atención médica moderna. Su misión es garantizar que los pacientes reciban los medicamentos adecuados, en las dosis correctas y de manera segura, contribuyendo así al bienestar y la recuperación de los pacientes dentro del entorno hospitalario.
El celador de farmacia desempeña un papel esencial en el sistema de atención médica al garantizar la seguridad y la calidad de la atención farmacéutica que reciben los pacientes. El cuidado y la atención meticulosa que brinda en todas sus responsabilidades son fundamentales para el funcionamiento exitoso del hospital y la salud de los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. EL VALOR DE LA FARMACIA HOSPITALARIA [Internet]. Sefh.es. [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf.
2. Ordóñez S. La farmacia hospitalaria, un servicio de gran valor sanitario [Internet]. MEDAC. 2020 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://medac.es/blogs/sanidad/farmacia-hospitalaria.
3. Inteligente K. Qué es la farmacia hospitalaria [Internet]. Kapital Inteligente. 2019 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria/.
4. Martín R. El CELADOR en el servicio de FARMACIA ¡sus funciones! [Internet]. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. FisioStar; 2017 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://fisiostar.com/celador/el-celador-en-el-servicio-de-farmacia-sus-funciones.
5. Investigación RS. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/.

## Capítulo 496

# EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL: ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE NEONATOS

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JOSE CARLOS CANO LORENTE

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

## 1 Introducción

La neonatología es una rama especializada de la medicina que se enfoca en el cuidado y tratamiento de los recién nacidos, especialmente aquellos que nacen prematuramente o con condiciones médicas complejas. El área de neonatología en un hospital desempeña un papel vital en la atención de estos pequeños pacientes, brindándoles el apoyo y la atención médica necesarios para sobrevivir y prosperar en las primeras semanas o meses de vida.

Los neonatos son extremadamente vulnerables debido a su inmadurez física y fisiológica. Esto significa que pueden requerir atención médica especializada y cuidados intensivos para enfrentar una variedad de problemas de salud, que

van desde la prematuridad extrema hasta infecciones, dificultades respiratorias y trastornos congénitos. La neonatología se encarga de evaluar, diagnosticar y tratar estos problemas médicos en bebés desde el momento de su nacimiento hasta sus primeros 28 días de vida, período crítico conocido como el período neonatal.

El área de neonatología en un hospital está diseñada y equipada específicamente para satisfacer las necesidades de estos pacientes. Suele contar con unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) que están equipadas con tecnología de vanguardia, monitores especializados y personal médico altamente capacitado, incluyendo neonatólogos, enfermeras neonatales y otros profesionales de la salud. Estas unidades están diseñadas para brindar atención continua y constante a los bebés, ya que sus condiciones pueden cambiar rápidamente.

Uno de los roles clave en el área de neonatología es el del personal de enfermería neonatal y los celadores. Los enfermeros neonatales son responsables de administrar cuidados precisos y delicados a los bebés. Los celadores, por su parte, desempeñan un papel fundamental en el apoyo logístico y emocional a los padres, además de ayudar con la movilización de los bebés y el mantenimiento de la unidad.

Los padres de bebés hospitalizados en el área de neonatología a menudo experimentan una gran cantidad de estrés y ansiedad debido a la situación de sus hijos. Por lo tanto, parte de la labor del personal en esta área incluye brindar apoyo emocional y educación a los padres, ayudándoles a comprender el estado de salud de su bebé y participar activamente en su cuidado siempre que sea posible.

## 2 Objetivos

- Conocer la distribución general del servicio de neonatología de un hospital.
- Aprender las funciones que desarrolla 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.

Palabras clave: neonatos, cuidados especiales, celador.

# 4 Resultados

La distribución de las diferentes áreas del servicio de neonatología en un hospital puede variar según el tamaño del hospital, la disponibilidad de recursos y la cantidad de pacientes atendidos. Sin embargo, a continuación, se presenta una distribución típica de las áreas en un servicio de neonatología:

• Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN): esta es el área principal de la unidad de neonatología. Aquí se atienden a los bebés más críticamente enfermos y prematuros. La UCIN está equipada con incubadoras y cunas especiales, monitores de signos vitales, respiradores y equipos médicos avanzados.

• Unidad de cuidados intermedios neonatales: esta área está diseñada para bebés que requieren atención médica menos intensiva que en la UCIN, pero aún necesitan supervisión especializada. Los bebés que están en proceso de recuperación o que tienen condiciones médicas menos graves pueden ser atendidos en esta unidad.

• Sala de partos: a veces, los bebés nacen con complicaciones que requieren intervención inmediata. La sala de partos en el servicio de neonatología está equipada para atender a estos bebés y brindarles el cuidado necesario desde el momento de su nacimiento.

• Área de consulta externa: aquí se realizan consultas médicas programadas para bebés que han sido dados de alta, pero aún necesitan seguimiento médico regular debido a condiciones médicas crónicas o prematuridad.

• Sala de lactancia materna: para promover la lactancia materna, muchas unidades de neonatología cuentan con salas de lactancia materna donde las madres pueden extraer y almacenar leche materna para sus bebés hospitalizados. También pueden recibir apoyo y asesoramiento sobre la lactancia materna en estas áreas.

• Área de aislamiento: en casos de infecciones o condiciones médicas contagiosas, se puede requerir un área de aislamiento en la unidad de neonatología para prevenir la propagación de enfermedades entre los bebés.

• Área de descanso del personal: dado que el personal de neonatología trabaja en turnos largos y a menudo en situaciones emocionalmente intensas, es importante contar con un área donde puedan descansar, comer y recargar energías.

• Área de educación y apoyo a los padres: esta área proporciona un espacio donde los padres pueden recibir información sobre la salud y el cuidado de sus bebés, así como apoyo emocional de trabajadores sociales y psicólogos.

• Sala de reuniones y oficinas administrativas: el personal médico y administrativo necesita un espacio para llevar a cabo reuniones, gestionar la documentación

y coordinar las operaciones del servicio de neonatología.
Es importante destacar que la distribución de estas áreas puede variar según las necesidades específicas de cada hospital y la cantidad de pacientes atendidos. Lo fundamental es que cada área esté diseñada para brindar la atención médica y el apoyo necesarios para los recién nacidos y sus familias en un entorno seguro y especializado.
El rol del celador en el área de neonatología de un hospital es fundamental para garantizar un entorno seguro y eficiente para los bebés recién nacidos, sus familias y el personal médico. Estas son las actuaciones y funciones clave de un celador en esta área:
• Traslado de pacientes: los celadores son responsables de trasladar a los bebés recién nacidos desde la sala de partos o la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) a otras áreas del hospital para realizar procedimientos médicos, exámenes o cirugías. Deben manejar con cuidado a los bebés y asegurarse de que estén cómodos y seguros durante el transporte.
• Apoyo a enfermeras y médicos: los celadores asisten al personal de enfermería y médicos en la movilización de los bebés, la preparación de equipos médicos y la realización de procedimientos médicos no invasivos. Esto puede incluir la medición de signos vitales, la toma de muestras de sangre o la administración de medicamentos bajo supervisión.
• Mantenimiento de la limpieza y el orden: es esencial que el área de neonatología se mantenga limpia y ordenada para prevenir la propagación de infecciones. Los celadores ayudan en la limpieza de las áreas de atención y aseguran que los suministros estén disponibles cuando se necesiten.
• Transporte de material médico: los celadores son responsables de transportar y distribuir material médico y suministros necesarios en la UCIN y otras áreas del servicio de neonatología. Esto garantiza que el personal médico tenga acceso rápido a los equipos y suministros necesarios para el cuidado de los bebés.
• Apoyo emocional a los padres: los celadores también pueden desempeñar un papel crucial al proporcionar apoyo emocional a los padres de los bebés hospitalizados en el área de neonatología. Pueden responder preguntas, brindar información sobre las políticas del hospital y ayudar a los padres a sentirse más cómodos y seguros durante su estadía en el hospital.
• Seguridad de los bebés: los celadores deben ser especialmente cautelosos en garantizar la seguridad de los bebés en todo momento. Esto implica asegurarse de que las cunas y las incubadoras estén en buenas condiciones, que los cables y tubos médicos estén colocados de manera segura y que no haya obstrucciones en las áreas de circulación.

• Coordinación de visitas y accesos: los celadores pueden ayudar a coordinar las visitas de familiares y amigos a los bebés en la UCIN, asegurándose de que se sigan las políticas de visitas del hospital y manteniendo un registro de las personas que ingresan y salen de la unidad.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el área de neonatología en un hospital es una parte esencial de la atención médica que se enfoca en los bebés recién nacidos más vulnerables. Proporciona el entorno especializado y los profesionales necesarios para garantizar que estos pequeños pacientes reciban la atención médica de alta calidad que requieren para superar los desafíos que enfrentan en sus primeros días o semanas de vida.
El celador en el área de neonatología desempeña un papel crucial en el cuidado y el bienestar de los bebés recién nacidos y sus familias. Su actuación se centra en garantizar la seguridad y el apoyo logístico necesario para que el personal médico pueda brindar atención de alta calidad a estos pacientes tan vulnerables.

## 6 Bibliografía

1. Procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias CDESYC. Área de neonatología [Internet]. Hospitalmacarena.es. 2020 [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalmacarena.es/wp-content/uploads/2022/01/Cartera-de-servicios-Neonatologia-2020.pdf.
2. Chospab.es. [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/773bf1c5f1764d5bc86ab0445a708bcb.pdf.
3. Online C, Perfil VT mi. Tema 1. El Celador: Funciones Generales [Internet]. Blogspot.com. 2017 [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html.
4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
5. https://medlineplus.gov/spanish/.
6. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 497

# EL INGRESO DE PACIENTES EN PLANTA HOSPITALARIA: TAREAS CRUCIALES DEL CELADOR

JAVIER SÁNCHEZ-VILLACAÑAS ABENGOZAR

DAVID OLIVARES MUÑOZ

JOSE CARLOS CANO LORENTE

BEATRIZ OLIVARES MUÑOZ

MARIA YOLANDA ABENGOZAR CARDENAS

## 1 Introducción

La correcta gestión del ingreso de pacientes en una planta hospitalaria es fundamental para garantizar la atención médica adecuada y la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles. Este proceso implica la admisión organizada, evaluación inicial, asignación de camas, coordinación con distintos departamentos y la planificación de cuidados, todo ello con el objetivo de brindar atención médica oportuna y de calidad.

En primer lugar, el ingreso de pacientes a una planta hospitalaria comienza con la recepción en el área de admisiones. Aquí, el personal administrativo recopila información básica sobre el paciente, su historial médico y detalles sobre la condición que requiere atención. Esta información es esencial para determinar la prioridad y la asignación adecuada de recursos.

Posteriormente, se realiza una evaluación inicial por parte del personal médico y de enfermería. Esta evaluación tiene como fin determinar la gravedad del estado de salud del paciente y establecer un plan de atención. Basándose en esta evaluación, se asigna una cama en la planta hospitalaria de acuerdo con la disponibilidad y la especialidad requerida.
La coordinación entre los distintos departamentos es crucial en este proceso. Es necesario asegurar que los recursos necesarios, como personal médico, enfermería, equipos y suministros, estén disponibles para atender al paciente de manera adecuada. Además, la comunicación fluida y efectiva entre los profesionales de la salud es esencial para garantizar un manejo óptimo del caso.
Finalmente, la planificación de cuidados es un paso crucial en el ingreso de pacientes en planta hospitalaria. Se establecen los tratamientos, exámenes, intervenciones y medicamentos necesarios, de acuerdo con el diagnostico y las necesidades del paciente. Todo este proceso busca asegurar una atención integral y coordinada que promueva la pronta recuperación y el bienestar del paciente.

## 2 Objetivos

- Detallar las fases que tienen que llevarse a cabo para ingresar a un paciente en planta.
- Aprender las funciones que realiza el celador ante un ingreso hospitalario.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El proceso de ingreso de un paciente a una planta hospitalaria consta de varias fases cruciales que deben llevarse a cabo de manera organizada y coordinada para garantizar una atención médica efectiva. Las fases son las siguientes:
• Recepción y Registro del Paciente: En esta etapa, el paciente o su representante legal se dirige al área de admisiones del hospital. El personal administrativo re-

copila información personal, médica y aseguradora, generando un registro que será fundamental durante su estancia en el hospital.
• Evaluación Inicial: Tras el registro, se procede a la evaluación inicial del paciente por parte del personal de enfermería o, en algunos casos, por un médico. Se revisan sus signos vitales, síntomas y antecedentes médicos para determinar el estado de salud y la prioridad de atención.
• Asignación de Cama y Servicio: En función de la evaluación inicial y la disponibilidad de camas, se asigna al paciente a una unidad específica de la planta hospitalaria acorde a su condición y especialidad requerida. Esto implica considerar la gravedad del caso y la capacidad de la planta para brindar la atención adecuada.
• Comunicación Interdepartamental: La asignación de la cama implica coordinación entre distintos departamentos, como enfermería, unidad médica correspondiente y otros servicios involucrados. Se informa al personal de la unidad asignada para asegurar una recepción efectiva del paciente.
• Preparación de Historia Clínica y Expediente: Con la asignación de cama, se procede a completar la historia clínica del paciente y a crear un expediente médico detallado. Esto incluye registrar los diagnósticos, tratamientos, alergias, medicamentos y cualquier otra información relevante para garantizar una atención adecuada.
• Coordinación de Cuidados y Tratamientos: El equipo médico establece un plan de cuidados y tratamientos personalizado para el paciente, incluyendo medicamentos, exámenes, terapias y cualquier intervención necesaria. Se comunican estos planes al personal de enfermería y otros profesionales involucrados en la atención del paciente.
• Orientación al Paciente: Se brinda al paciente y a sus familiares una orientación sobre la planta hospitalaria, las normas, procedimientos, horarios de visita, menú de comidas y otros aspectos relevantes para su estancia. Esto contribuye a su comodidad y comprensión del proceso hospitalario.
• Inicio de la Atención Médica Continua: Una vez que el paciente está ubicado en la cama asignada y se ha completado la documentación inicial, comienza la atención médica continua, siguiendo el plan de cuidados establecido y ajustándolo según la evolución del paciente.
Estas fases son esenciales para garantizar un ingreso ordenado y una atención adecuada a los pacientes en la planta hospitalaria, asegurando así una atención médica efectiva y coordinada.
El celador es un profesional crucial en el entorno hospitalario, desempeñando múltiples funciones que contribuyen al adecuado funcionamiento y bienestar tanto de los pacientes como del personal médico y de enfermería. En el contexto

de un ingreso hospitalario, las funciones del celador son especialmente relevantes para garantizar un proceso fluido y seguro. Aquí se detallan las principales funciones que un celador realiza ante un ingreso hospitalario:

• Recepción y Acompañamiento: o Dar la bienvenida al paciente y sus familiares en el momento del ingreso, proporcionando información básica sobre el proceso y la ubicación de las áreas relevantes. o Acompañar al paciente desde la entrada del hospital hasta la unidad o habitación asignada, brindando apoyo y tranquilidad durante el traslado.

• Traslado y Movilización de Pacientes: o Ayudar en la movilización y traslado de los pacientes desde el área de admisiones a la planta o unidad correspondiente, asegurando un manejo adecuado y cómodo. o Colaborar en la colocación del paciente en la cama asignada, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería.

• Distribución de Material y Equipamiento: o Suministrar y distribuir el material necesario para la comodidad y cuidado del paciente, como ropa de cama, toallas, productos de aseo, entre otros. o Asistir en la disposición adecuada de los elementos de apoyo médico en la habitación, como camas especiales o sillas de ruedas.

• Colaboración en la Higiene y Confort del Paciente: o Ayudar en la preparación y cambio de la ropa de cama, manteniendo la limpieza y el confort del paciente. o Colaborar en la atención a las necesidades básicas de higiene, movilidad y comodidad del paciente.

• Apoyo Logístico: o Asistir en la recepción y entrega de documentos y muestras de laboratorio, radiografías u otros estudios, siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos. o Coordinar y asistir en la logística de transporte interno de pacientes para realización de pruebas diagnósticas o traslados a otras áreas del hospital.

• Vigilancia y Seguridad: o Contribuir a mantener un entorno seguro para el paciente y su entorno, reportando cualquier incidente o situación que requiera atención de seguridad. o Velar por el cumplimiento de las normativas de seguridad y control de acceso en las áreas hospitalarias.

• Apoyo a Familiares y Visitantes: o Brindar información básica a familiares y visitantes sobre horarios de visita, normas del hospital y ubicación de servicios, promoviendo un ambiente de comprensión y colaboración.

• Asistencia en Emergencias: o Colaborar en la atención a emergencias hospitalarias, ayudando en la evacuación de pacientes y en la distribución de recursos necesarios durante situaciones críticas.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión eficiente del ingreso de pacientes en una planta hospitalaria es esencial para garantizar una atención médica de calidad, optimizar el uso de los recursos y brindar a los pacientes la atención adecuada y oportuna que necesitan.

La labor del celador en el ingreso hospitalario va más allá de funciones logísticas; representa un pilar fundamental para la humanización de la atención sanitaria, la seguridad de los pacientes y la eficiencia en la coordinación de los procesos hospitalarios. Su presencia y acciones contribuyen a una estancia hospitalaria más confortable y, en última instancia, a la mejora de la experiencia y recuperación de los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Pistoria MJ. Ingreso en el hospital [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/ingreso-en-el-hospital.

2. El proceso del ingreso al alta hospitalaria [Internet]. Clínic Barcelona. [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/urgencias/del-ingreso-al-alta.

3. Técnico C. ACOGIDA AL PACIENTE [Internet]. Codem.es. [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/b30fb450-e60d-45e0-884b-63ab8297f5bd/55975b8c-c2c2-42ef-9d90-f291aaeb78b0/55975b8c-c2c2-42ef-9d90-f291aaeb78b0.pdf.

4. Funciones del Celador en las distintas áreas o Servicios - Celadores.org [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.

5. Funciones del celador en las plantas de hospitalización [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/.

## Capítulo 498

# TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

## 1 Introducción

Una lista de espera quirúrgica es un registro administrativo utilizado en el sistema de atención médica para gestionar y priorizar las cirugías programadas. Esta lista se compone de pacientes que han sido evaluados y recomendados para someterse a una intervención quirúrgica, pero cuyas cirugías aún no se han realizado debido a una variedad de razones, como limitaciones de recursos, disponibilidad de quirófanos o la priorización de casos médicos más urgentes.

En una lista de espera quirúrgica, cada paciente se registra con detalles específicos, incluyendo su nombre, diagnóstico médico, gravedad de la afección, fecha de admisión en la lista y, en algunos casos, información demográfica. Estos registros permiten una gestión eficiente y justa de los recursos quirúrgicos, asegurando que los pacientes reciban atención en el orden adecuado de prioridad médica.

Las razones para ingresar en una lista de espera quirúrgica pueden variar. Algunas cirugías son programadas con anticipación para abordar afecciones crónicas o no urgentes, mientras que otras pueden surgir de emergencias médicas que requieren cirugía inmediata. La gestión de la lista de espera es responsabilidad de los profesionales de la salud y el personal administrativo, quienes deben evaluar continuamente las necesidades de los pacientes y asignar recursos quirúrgicos de manera eficiente.

Una lista de espera quirúrgica es un registro administrativo utilizado para gestionar y priorizar cirugías programadas. Su objetivo es garantizar que los pacientes reciban atención quirúrgica de manera justa y en el orden adecuado de acuerdo con la gravedad de su afección y la disponibilidad de recursos médicos. Este sistema es esencial para la gestión eficiente de los servicios quirúrgicos en el sistema de atención médica.

## 2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en el servicio de lista de espera quirúrgica.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 la lista de espera quirúrgica es fundamental para garantizar una gestión eficiente y precisa de los pacientes que requieren cirugías programadas. Su papel abarca una serie de responsabilidades clave que ayudan a mantener la organización y el flujo de trabajo en el entorno quirúrgico. A continuación, se describen algunas de las funciones principales que desempeña un auxiliar administrativo en este contexto:

Registro y seguimiento de pacientes: El auxiliar administrativo se encarga de registrar a los pacientes que requieren cirugía en la lista de espera quirúrgica. Esto implica recopilar información detallada sobre cada paciente, incluyendo el nombre, diagnóstico médico, gravedad de la afección y fecha de ingreso en la lista. Además, debe realizar un seguimiento constante para actualizar la información y ajustar las prioridades según sea necesario.

Comunicación con pacientes: Mantener una comunicación efectiva con los pacientes es esencial. El auxiliar administrativo puede proporcionar información sobre el proceso de programación de cirugías, responder preguntas y brindar apoyo a los pacientes, lo que puede ser especialmente importante para aquellos que están ansiosos o preocupados por la cirugía.

Coordinación de horarios quirúrgicos: Asegurarse de que los horarios quirúrgicos estén organizados y coordinados adecuadamente es una responsabilidad clave. Esto implica trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para asignar fechas y horas quirúrgicas que sean convenientes tanto para los pacientes como para el equipo quirúrgico.

Documentación y registros: Mantener una documentación precisa y actualizada es esencial. El auxiliar administrativo se encarga de registrar la programación de cirugías, actualizaciones de la condición del paciente y cualquier información relacionada con la lista de espera quirúrgica. Esta documentación es vital para llevar un registro completo de las cirugías programadas y las necesidades de los pacientes.

Gestión de recursos y disponibilidad de quirófanos: Colaborar con el personal de quirófano para garantizar la disponibilidad de quirófanos y recursos necesarios para cada cirugía es una parte importante del trabajo del auxiliar administrativo. Esto implica coordinar con anticipación y asegurarse de que todo esté listo para el día de la cirugía.

Cumplimiento normativo y políticas hospitalarias: El auxiliar administrativo debe estar al tanto de las normativas y políticas hospitalarias relacionadas con la lista de espera quirúrgica, garantizando que se sigan los procedimientos adecuados y que se cumplan los plazos establecidos.

El auxiliar administrativo en la lista de espera quirúrgica desempeña un papel esencial al gestionar la información de los pacientes, coordinar horarios quirúrgicos, mantener registros precisos y comunicarse efectivamente con los pacientes

y el personal médico. Su contribución es esencial para garantizar una programación de cirugías eficiente y una atención de calidad a los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Para lograr una buena gestión de la lista de espera quirúrgica, el auxiliar administrativo puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, la precisión y la organización son fundamentales. Es crucial asegurarse de que todos los datos de los pacientes estén registrados correctamente y que la información se mantenga actualizada en todo momento. Esto evita errores y garantiza que las cirugías se programen de acuerdo con la gravedad de las afecciones.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación abierta y constante con el personal médico, de enfermería y, lo que es más importante, con los pacientes, contribuye significativamente a una gestión exitosa. Los pacientes deben estar informados sobre los tiempos estimados de espera y sentirse respaldados a lo largo de su proceso.

Una gestión adecuada de la lista de espera quirúrgica no solo garantiza la programación eficiente de cirugías, sino que también mejora la experiencia del paciente y contribuye a un sistema de atención médica más efectivo y seguro.

## 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 499

# TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE INGRESO HOSPITALARIO

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

## 1 Introducción

El ingreso hospitalario programado, también conocido como admisión programada o ingreso programado, se refiere a la admisión planificada y previamente acordada de un paciente en un hospital para recibir atención médica, tratamiento o procedimientos médicos específicos. A diferencia de las admisiones de emergencia, que son imprevistas y generalmente se deben a afecciones médicas urgentes, el ingreso hospitalario programado se organiza con anticipación en consulta con el médico y el paciente. Esta planificación permite una atención médica más eficiente y una mejor gestión de los recursos hospitalarios.

Los ingresos hospitalarios programados pueden ser necesarios para una variedad de razones, que incluyen cirugías programadas, tratamientos médicos, proced-

imientos diagnósticos o terapias específicas. Estos ingresos se programan en función de la disponibilidad del paciente, del equipo médico y de las instalaciones hospitalarias.

Antes del ingreso programado, se suelen realizar evaluaciones médicas previas para determinar la preparación del paciente y garantizar que esté en las condiciones adecuadas para el procedimiento o tratamiento planificado. Además, se puede proporcionar información al paciente sobre lo que puede esperar durante su estancia en el hospital, incluyendo la duración de la hospitalización, la preparación previa necesaria y las pautas posteriores al alta.

El ingreso hospitalario programado se refiere a la admisión planificada y acordada de un paciente en un hospital para recibir atención médica, tratamiento o procedimientos específicos. Este enfoque organizado permite una atención médica más eficiente y una mejor gestión de los recursos hospitalarios, y es fundamental en la planificación de procedimientos médicos y cirugías.

## 2 Objetivos

Mostrar el cometido del auxiliar administrativo en el servicio de ingreso 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 ingreso hospitalario programado es esencial para garantizar una gestión eficiente y sin problemas de los pacientes que están programados para recibir atención médica o someterse a procedimientos en el hospital. Aunque gran parte del enfoque en la atención médica

se centra en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la organización y coordinación de estas admisiones programadas. Aquí se detallan algunas de las responsabilidades clave que realiza el auxiliar administrativo en este contexto:

Registro y documentación: El auxiliar administrativo se encarga de registrar a los pacientes que tienen programada una admisión hospitalaria. Esto incluye recopilar información detallada sobre el paciente, como nombre, fecha de nacimiento, dirección y datos de contacto. Además, se encarga de documentar la información médica relevante, como el motivo de la admisión y la programación de procedimientos.

Verificación de información y seguros: Verificar la información de seguro médico es crucial para garantizar que los pacientes estén adecuadamente cubiertos y que los costos sean manejados de manera adecuada. El auxiliar administrativo se asegura de que todos los datos sean precisos y que se cumplan los requisitos de facturación.

Comunicación con pacientes y familiares: Brindar información a los pacientes y sus familias sobre la admisión programada es fundamental. El auxiliar administrativo puede ayudar a aclarar cualquier pregunta o preocupación que puedan tener los pacientes antes de su ingreso.

Coordinación de horarios y recursos: El auxiliar administrativo trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para coordinar los horarios de admisión y asegurarse de que los recursos necesarios estén disponibles y preparados para el paciente.

Preparación de expedientes médicos: Antes de la admisión programada, el auxiliar administrativo puede asegurarse de que todos los expedientes médicos y registros estén actualizados y preparados para el paciente y el equipo médico.

Gestión de la información de ingresos: Mantener un seguimiento adecuado de los pacientes ingresados y proporcionar información actualizada sobre las camas disponibles en el hospital es esencial para una admisión programada sin problemas. Esto incluye actualizar el estado de los pacientes en el sistema de información médica.

El auxiliar administrativo en el servicio de ingreso hospitalario programado desempeña un papel crítico en la organización y coordinación de pacientes que necesitan atención médica planificada. Su trabajo contribuye a una admisión sin

problemas, a una comunicación eficiente y al flujo de trabajo efectivo en el hospital, lo que en última instancia mejora la experiencia del paciente y la gestión de recursos del hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio de ingreso hospitalario programado, el auxiliar administrativo puede seguir estas recomendaciones clave:

En primer lugar, la precisión y la atención meticulosa a los detalles son esenciales. Asegurarse de que toda la información del paciente esté registrada correctamente y que se verifiquen los datos de seguro médico evita confusiones y retrasos en la admisión.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es fundamental. El auxiliar administrativo debe mantener una comunicación clara y constante con los pacientes y sus familiares, brindándoles información sobre el proceso de admisión y respondiendo a sus preguntas. Además, una comunicación fluida con el personal médico y de enfermería es esencial para coordinar horarios y recursos de manera eficiente.

Una gestión adecuada del servicio de ingreso hospitalario programado garantiza una experiencia más cómoda para los pacientes y mejora la eficiencia operativa del hospital.

## 6 Bibliografía

Cubas Ayasta, Z. L. (2019). Gestión administrativa y productividad laboral del personal administrativo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

## Capítulo 500

# TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEC-TAC EXTRA HOSPITALARIO

MARÍA VICTORIA VÁZQUEZ RAMIRO

JORGE DE LAS HERAS DE CASTRO

BARBARA FERNANDEZ BENITO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

JOSEFA PULIDO LOPEZ

## 1 Introducción

El servicio de PEC-TAC (Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computarizada) externo al hospital se refiere a la disponibilidad de realizar exploraciones de PEC-TAC en un centro médico o instalación que no es parte del hospital principal, pero que proporciona servicios de diagnóstico médico avanzado. La PEC-TAC es una técnica de imagenología médica que combina la tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada (CT) para obtener imágenes detalladas del cuerpo humano a nivel molecular y anatómico.

En este contexto, "externo al hospital" significa que el centro de PEC-TAC no está ubicado dentro del hospital principal, pero puede estar afiliado o asociado con él. Los pacientes suelen ser referidos a estos centros por médicos especialistas o

del hospital para realizar estudios de PEC-TAC, que se utilizan para diagnosticar y monitorear diversas condiciones médicas, como el cáncer, las enfermedades cardíacas y neurológicas, entre otras.

La ventaja de tener un servicio de PEC-TAC externo al hospital es que puede proporcionar acceso más rápido y conveniente a estas avanzadas pruebas de diagnóstico, evitando la congestión en el hospital principal y permitiendo una mejor programación de citas para los pacientes. Esto ayuda en la atención médica integral y la identificación temprana de enfermedades, contribuyendo a mejores resultados para los pacientes.

## 2 Objetivos

La figura del auxiliar administrativo tiene el objetivo primordial con este capítulo, el de mostrar a los compañeros su cometido en el área de especialidad.

## 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 auxiliar administrativo en el servicio externo hospitalario del PEC-TAC (Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computarizada) es crucial para garantizar una experiencia fluida y eficiente para los pacientes que requieren este avanzado estudio de diagnóstico médico. Aunque su labor se centra en tareas administrativas, su contribución es esencial para el funcionamiento general del servicio y la satisfacción del paciente. Aquí se describen algunas de las responsabilidades clave que realiza un auxiliar administrativo en este contexto:

Registro de pacientes: El auxiliar administrativo es responsable de registrar a los pacientes que llegan para someterse a un PEC-TAC. Esto incluye la recopilación de información personal, datos de contacto y, en algunos casos, información de

seguro médico. Un registro preciso es esencial para mantener la integridad de la información del paciente.

Coordinación de citas: El auxiliar administrativo se encarga de programar las citas para los pacientes que necesitan realizar un PEC-TAC. Esto implica coordinar las agendas para asegurarse de que haya disponibilidad de tiempo y recursos para cada estudio.

Verificación de datos y seguros: Asegurarse de que los datos del paciente sean precisos y de verificar la cobertura de seguro es fundamental para evitar problemas administrativos y financieros. El auxiliar administrativo puede ayudar a los pacientes a comprender sus beneficios de seguro y resolver cualquier pregunta relacionada.

Comunicación con pacientes: Brindar información a los pacientes sobre el proceso de PEC-TAC, incluyendo preparación previa, instrucciones y duración estimada del procedimiento, es parte de la función del auxiliar administrativo. También debe responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes para que se sientan cómodos y bien informados.

Gestión de registros y documentación: Mantener registros precisos y actualizados de los pacientes es esencial para la gestión adecuada de la información médica. El auxiliar administrativo se asegura de que los registros sean completos y estén disponibles cuando sean necesarios.

Coordinación con el personal médico y técnico: Colaborar estrechamente con el personal médico y técnico que realiza los estudios de PEC-TAC es esencial. Esto implica programar los estudios de manera eficiente y garantizar que todos los recursos necesarios estén disponibles y listos.

Cumplimiento normativo y políticas: El auxiliar administrativo debe estar al tanto de las regulaciones y políticas relacionadas con la atención médica y la protección de datos de salud, garantizando que se sigan los procedimientos adecuados.

El auxiliar administrativo en el servicio externo hospitalario del PEC-TAC desempeña un papel esencial al coordinar pacientes, programar citas, mantener registros precisos y brindar una comunicación efectiva. Su labor contribuye a una experiencia positiva para el paciente y al funcionamiento eficiente del servicio de diagnóstico médico avanzado.

## 5 Discusión-Conclusión

Para lograr una excelente coordinación en el servicio de PEC-TAC externo al hospital, el auxiliar administrativo puede implementar estas recomendaciones:

En primer lugar, la precisión y la organización son esenciales. Asegurarse de que la información del paciente esté completa y registrada de manera precisa es fundamental para evitar confusiones o retrasos. Mantener una agenda bien organizada y coordinada con el personal técnico y médico es igualmente importante. Esto asegura que los pacientes sean atendidos de manera eficiente y que los recursos estén disponibles en el momento adecuado.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es clave. Mantener una comunicación clara y constante con los pacientes, proporcionándoles información detallada sobre el proceso de PEC-TAC y respondiendo a sus preguntas, contribuye en gran medida a su comodidad y satisfacción. Además, una comunicación fluida con el personal médico y técnico asegura que todos estén informados y coordinados para brindar una atención de calidad.

Siguiendo estas recomendaciones, el auxiliar administrativo puede desempeñar un papel fundamental en la gestión eficiente del servicio de PEC-TAC externo al hospital, lo que beneficia tanto a los pacientes como al personal médico y técnico, garantizando una experiencia de atención médica positiva y sin problemas.

## 6 Bibliografía

Cubas Ayasta, Z. L. (2019). Gestión administrativa y productividad laboral del personal administrativo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

## Capítulo 501

# RADIOGRAFÍA INTERPROXIMALES POR UNA HIGIENISTA DENTAL

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

CANDELA DÍAZ TARRAGA

## 1 Introducción

Las radiografías interproximales, también conocidas como radiografías interdentales o radiografías de aleta de mordida, son un tipo de radiografía dental utilizada para examinar las áreas entre los dientes. Estas radiografías son una herramienta valiosa para evaluar la salud dental y detectar problemas en las áreas interdentales que no son fácilmente visibles durante un examen visual.

Algunas características clave de las radiografías interproximales incluyen:

- Áreas de enfoque: Las radiografías interproximales se centran en las áreas donde los dientes se tocan entre sí, lo que incluye las superficies interdentales y las áreas cercanas a la línea de las encías.

- Detección de caries: Estas radiografías son especialmente útiles para identificar caries dentales en sus etapas iniciales, cuando las lesiones pueden ser pequeñas y difíciles de ver en una revisión visual.

- Evaluación de la salud de las encías: También pueden ayudar en la evaluación de la salud de las encías al mostrar la presencia de cálculos dentales (placa calcificada) y la distancia entre los dientes y el hueso alveolar, lo que es relevante en casos de enfermedad periodontal.

- Planificación de tratamiento: Las radiografías interproximales son esenciales para la planificación de tratamientos dentales, como la colocación de empastes, coronas, puentes y ortodoncia.

- Control de seguimiento: Los dentistas pueden utilizar estas radiografías en controles de seguimiento para evaluar la progresión de las caries o la efectividad de los tratamientos realizados

## 2 Objetivos

- Explicar el papel en la toma de radiografías interproximales como parte de su función en el equipo de atención dental por parte del higienista dental.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las radiografías interproximales, como se mencionó anteriormente, son una técnica radiográfica utilizada en odontología para evaluar las áreas entre los dientes y son valiosas para detectar caries dentales, problemas periodontales y otras afecciones bucales. Aunque las radiografías pueden ser tomadas por dentistas, radiólogos dentales o asistentes dentales capacitados, los higienistas dentales también pueden tener un papel en la toma de radiografías interproximales como parte de su función en el equipo de atención dental.

Las funciones de un higienista dental en la toma de radiografías interproximales pueden incluir:

- Preparación del paciente: Los higienistas dentales pueden preparar al paciente para la toma de radiografías, explicando el procedimiento, asegurándose de que el paciente esté cómodo y colocando protectores de plomo para proteger de la radiación.

- Posicionamiento del paciente: Los higienistas dentales pueden ayudar a posicionar al paciente de manera adecuada para obtener las radiografías interproximales. Esto puede requerir la colocación de una aleta de mordida o de dispositivos de retención adecuados.

- Colocación de película radiográfica: Los higienistas pueden colocar con precisión las películas radiográficas en las áreas interproximales que se deben estudiar.

- Operación del equipo de rayos X: Pueden estar a cargo de operar el equipo de rayos X para tomar las radiografías de manera segura y eficiente.

- Revelado y procesamiento de las radiografías: Después de tomar las radiografías, los higienistas dentales pueden encargarse del revelado y procesamiento de las imágenes radiográficas para que estén listas para su evaluación por el dentista.

- Etiquetado y registro de las radiografías: Es importante etiquetar y registrar las radiografías de manera adecuada para su identificación y archivo correcto en el expediente del paciente.

Es fundamental que los higienistas dentales sigan las pautas de seguridad y las regulaciones relacionadas con la radiación en la toma de radiografías y que cuenten con la capacitación necesaria para realizar esta tarea de manera segura y precisa.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los higienistas dentales pueden desempeñar un papel importante en la toma de radiografías interproximales como parte de su función en el equipo de atención dental. Aunque la toma de radiografías es una tarea técnica y específica que a menudo se asocia con dentistas y radiólogos dentales, los higienistas dentales pueden realizar ciertas funciones relacionadas con la preparación, el posicionamiento del paciente y la obtención de imágenes radiográficas interproximales. Esto contribuye a una atención dental más completa y a la detección temprana de problemas bucales, como caries y enfermedades periodontales. Es

importante destacar que los higienistas dentales deben seguir las pautas de seguridad y las regulaciones relacionadas con la radiación para garantizar la seguridad del paciente y del personal dental.

## 6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed y Scielo

## Capítulo 502

# EL PINCHE DE COCINA Y LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE EN LA COCINA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN

## 1 Introducción

Dentro de los centros hospitalarios, la cocina hospitalaria es una parte fundamental a considerar para el desarrollo eficiente del centro. A diferencia de las cocinas colectivas comerciales, en la cocina hospitalaria no es el criterio gastronómico el que prima, sino que este está supeditado al suministro de una alimentación de alto valor nutritivo y segura que contribuya al mantenimiento y a la recuperación del paciente e, incluso, que forme parte del tratamiento prescrito. De esta manera la cocina hospitalaria se constituye como un factor esencial en la atención médica, donde la nutrición adecuad es una herramienta más en el objetivo de conseguir el bienestar en la salud del paciente.

Existen distintos tipos de gestión de las cocinas hospitalarias, dentro de estos la cocina centralizada es el más común, y uno de los elementos que la caracteriza es el principio de ”marcha adelante”.
La atención a la higiene y al diseño de la cocina hospitalaria como espacio en el que se manipulan y se elaboran alimentos es fundamental. Si las condiciones higiénicas no son las adecuadas y a esto se suma errores en el diseño de los flujos de funcionamiento, se podrían dar casos de contaminación cruzada que podrían tener como resultado la producción de intoxicaciones alimentarias dentro del hospital, con el perjuicio que eso acarrearía a la salud de los pacientes. Con el objeto de prevenir este riesgo se aplica el principio de marcha hacia adelante.
El pinche de cocina hospitalaria debe conocer y estar familiarizado con este concepto, ya que este modelo de distribución de espacios y de organización del trabajo facilita la realización de tareas de todo el personal de cocina haciéndolas más ágiles y, a la vez, garantiza la higiene y la seguridad de la cocina hospitalaria.

## 2 Objetivos

- Explicar la relevancia del principio de ”marcha adelante” en la cocina hospitalaria, analizando los requisitos y pautas que implican su implementación.
- Destacar la importancia de la aplicación del principio de ”marcha adelante” por parte del pinche de cocina para garantizar la seguridad alimentaria en el centro hospitalario.

## 3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “cocina y marcha adelante”, “principio de marcha adelante” y “pinche y marcha adelante”.

## 4 Resultados

Para aplicar el principio de ”marcha adelante” es necesario entender que en las cocinas hospitalarias es fundamental separar las zonas de trabajo. Algunas de

estas zonas están definidas como sucias, como la zona de recepción y la zona de almacenamiento de las materias primas, o como limpias, como pueden ser la zona de emplatado y la zona de elaboración de los alimentos. Esta delimitación no está vinculada al grado de limpieza que presentan, sino a la posibilidad de que pueda existir presencia de contaminación microbiana en estas áreas o, al contrario, que puedan caracterizarse por su ausencia.

En cualquier caso, para que el trabajo se desarrolle con fluidez y eficiencia, cada zona tiene que estar comunicada con la siguiente y seguir la secuencia lógica del orden de trabajo. A la vez, cada una de las zonas dispondrá de máquinas, herramientas y útiles propios, que no se compartirán con otras zonas.

Partiendo del concepto de ”marcha adelante”, en el diseño de la cocina centralizada se puede optar por las siguientes distribuciones:

- Distribución lineal: La zona por la que entran las materias primas y la zona por la que salen los alimentos tras su elaboración se encuentran en puntos opuestos, por lo que los alimentos avanzan en un único sentido.
- Distribución en “L”: La zona por la que entran las materias primas y la zona por la que salen los alimentos tras su elaboración se encuentran en puntos opuestos y se avanza en un sentido, pero en algún lugar de la cocina se puede producir un ángulo que implique realizar un giro.
- Distribución en “U”: La zona por la que entran las materias primas y la zona por la que salen los alimentos tras su elaboración se encuentran en un mismo sitio, pero tienen accesos separados, de manera que cuando se avanza entre las áreas, en un punto se realiza un giro de 180° y se cambia el sentido de la marcha, pero cada zona está delimitada físicamente.

Otro aspecto a tener en cuenta es el establecimiento de circuitos cortos, es decir, que en el orden a seguir en la realización de las tareas se elegirá siempre aquel camino que suponga recorrer un menor trayecto. Al realizar un menor recorrido disminuyen las posibilidades de que se produzca una contaminación de los alimentos.

Cada una de las operaciones a realizar sobre los alimentos seguirá un orden, que es el que se conoce específicamente como de ”marcha adelante”. El concepto de ”marcha adelante” pretende que durante el proceso que sigue el alimento desde su recepción hasta su emplatado y servicio no se mezcle con otros alimentos, de la misma o distinta clase, que no presente similares condiciones desde un punto de vista higiénico-sanitario.

Siguiendo el principio de ”marcha adelante”, la organización de la cocina hospitalaria implica que las tareas se realicen siguiendo un orden en sentido de avance lógico a través de cada una de las zonas de trabajo y optando siempre por el

camino más corto. De manera que se impida que actividades que se establecen como limpias puedan cruzarse en el espacio físico con actividades definidas como sucias.
Esto quiere decir que cada operación se debe realizar en un área específica, y desde esta el alimento pasará a la zona siguiente, en la que se realizará la próxima operación. Los espacios de trabajo deben ser continuos y estar conectados de tal manera que se seguirá el orden natural requerido en el proceso de preparación de los platos. Así, la zona de elaboración estará situada detrás de la zona de preparación, pero antes de la zona de emplatado.
Con esto se evita que los alimentos retrocedan en algún momento del proceso de una zona limpia a una zona sucia o que se puedan producir cruces entre ambas zonas, consiguiéndose que disminuya la probabilidad de contaminación de alimentos o de útiles.
El pinche de cocina desempeña un papel fundamental en la implementación del principio de ”marcha adelante”. La naturaleza de su trabajo implica el movimiento constante por todas las áreas de la cocina y la participación directa en las distintas fases de la manipulación de los alimentos. El pinche de cocina debe comprender la importancia de seguir la secuencia correcta de operaciones y asumir la responsabilidad de que el principio de ”marcha adelante” se realice de manera adecuada para, con ello, garantizar que las comidas preparadas para los pacientes sean seguras.

## 5 Discusión-Conclusión

La cocina hospitalaria es una parte esencial de la atención médica en los centros hospitalarios, donde proporcionar una nutrición adecuada es un requisito imprescindible para la recuperación y el bienestar de los pacientes. La aplicación del principio de marcha adelante en estas cocinas se constituye como una herramienta idónea para garantizar la seguridad alimentaria y minimizar el riesgo de contaminación cruzada.
Aspectos como la delimitación de zonas de trabajo limpias y sucias, el diseño eficiente de los espacios de la cocina, la adopción de circuitos cortos o el establecimiento de un orden en la realización de las tareas son estrategias clave en la implementación de este principio. Esto asegura que los alimentos siguen una secuencia lógica desde su recepción hasta su emplatado, sin entrar en contacto con otros alimentos que puedan representar un peligro para la salud de los pacientes.
El papel del pinche de cocina es un factor clave en este proceso, ya que el desempeño cuidado de su labor y su comprensión del principio de marcha adelante es

fundamental para conseguir la seguridad alimentaria exigida. Su responsabilidad es garantizar que todas las operaciones se realicen de manera adecuada y que se cumplan todos los estándares de higiene y seguridad.

## 6 Bibliografía

1. Ocronos R. El principio de la marcha hacia adelante en las cocinas hospitalarias. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2023 [citado el 25 de septiembre de 2023]; Disponible en: https://revistamedica.com/principio-marcha-adelante-cocinas-hospitalarias/
2. TEMA 6: ALIMENTACIÓN: ORGANIZACIÓN DE COCINA: PREPARACIÓN, EMPLATADO Y DISTRIBUCIÓN. CONCEPTO DE MARCHA ADELANTE [Internet]. OPERARIO DE SERVICIOS C y L. 2021 [citado el 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://oposicionesoperariodeservicioscyl.wordpress.com/2021/11/19/tema-6-alimentacion-organizacion-de-cocina-preparacion-emplatado-y-distribucion/
3. de Pablos V. Principio marcha hacia adelante en seguridad alimentaria [Internet]. TRAZA. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.traza.net/2022/05/17/principio-marcha-hacia-adelante/
4. de Desarrollo Profesional. DG de RH del SM de SU. LA COCINA HOSPITALARIA. EL PRINCIPIO DE MARCHA ADELANTE. ZONAS DE TRABAJO. FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA [Internet]. Murciasalud.es. [citado el 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/documents/153065/3893298/Pinche+TEMA+1.pdf/c3239e77-a5d6-eb74-8e8a-c98702d948b8?t=1670248635154

## Capítulo 503

# EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS: IMPORTANCIA Y PREPARACIÓN DEL PESCADO

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

## 1 Introducción

Uno de los ingredientes que merecen estar en el centro de atención dentro de la cocina hospitalaria por sus cualidades es el pescado. Su inclusión en las dietas hospitalarias está respaldada porque es un alimento muy completo que aporta proteínas de alto valor biológico, vitamina D y del grupo B, yodo, potasio, hierro, calcio, entre otros nutrientes.

El pescado, por sus características y esta riqueza en nutrientes, se presenta como un perfecto aliado para el mantenimiento y la recuperación de la salud de los pacientes hospitalizados. Su papel en el aporte de proteínas de alta calidad es beneficioso para la reparación de tejidos y sirve de ayuda a la función inmunológica.

Los beneficios para la salud de los ácidos grasos omega-3 presentes, sobre todo, en el pescado azul son muy efectivos para reducir la inflamación y para la mejora de la salud cardiovascular y cerebral. Lo que es especialmente importante para aquellos pacientes que padecen enfermedades crónicas o que necesitan recuperarse con rapidez.

El pescado destaca en otros aspectos clave que lo hace un ingrediente idóneo para incluir en la dieta de los pacientes hospitalizados. Al contener menos tejido conjuntivo se facilita la masticación, la absorción y la digestión, lo que es beneficioso para los pacientes con problemas en el sistema digestivo o que se encuentran en proceso de recuperación postoperatoria y para aquellos que tienen dificultades para deglutir o masticar. Además, su bajo contenido en grasas saturadas lo hace indicado para pacientes que necesitan una nutrición baja en grasas o aquellos diagnosticados de patología cardiovascular.

Además de su por su perfil nutricional, el pescado también destaca por su baja incidencia de alergias alimentarias si se compara con otros alimentos suministradores de proteínas como la carne de res o el huevo, lo que lo convierte en una opción bastante segura para la mayoría de los enfermos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la inclusión del pescado en el menú no solo aporta beneficios nutricionales, sino que también sirve para mejorar la satisfacción del paciente y estimular su apetito por la variedad de elaboraciones que permite, un aspecto muy relevante para aquellos pacientes que presentan falta de apetito debido a su estado de salud.

Sin embargo, es esencial enfatizar que la inclusión del pescado en la dieta hospitalaria, para que aporte los beneficios señalados, debe estar en línea con el proceso de preparación, pre-elaboración y el cocinado antes de su suministro al paciente. El pinche de cocina participa y es responsable de parte de este proceso, por ello debe estar formado y conocer las buenas prácticas y la normativa sanitaria a la hora de manipular este alimento.

## 2 Objetivos

- Destacar la importancia de la inclusión del pescado en la dieta hospitalaria para la salud de los pacientes, subrayando los aspectos más significativos de su manipulación.
- Describir las distintas tareas desarrolladas por los pinches de cocina para la preparación del pescado en la 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: "dieta hospitalaria y pescado", "manipulación del pescado" y "pinche de cocina y pescado".

## 4 Resultados

Además de los beneficios para la salud del paciente que supone la inclusión del pescado en la dieta hospitalaria, hay que destacar que sus formas de preparación son muchas y muy variadas, y dependen muchas veces de la especie a la que pertenecen. Así, los pescados gruesos pueden hervirse en agua o servir de base para la elaboración de caldos, las especies de tamaño mediano y las rodajas de pescado son especialmente adecuadas para preparar a la parrilla y las especies más pequeñas son idóneas para elaborar mediante fritura. El horneado también es una técnica muy indicada en la elaboración del pescado de gran tamaño.

El pescado también se puede consumir en conserva, aportando valores nutritivos parecidos al de su consumo en fresco, pero hay que tener en cuenta que puede aportar más calorías por el aceite que se usa en el proceso de conservado.

Una de las primeras acciones del pinche de cocina en la manipulación del pescado es la comprobación de su frescura. Para ello se observará que sus agallas tengan un color limpio y vivo; que la piel o el escamado sea suave, resbaladizo y complicado de retirar; que sus ojos sean esféricos, brillantes y salientes; que los intestinos estén bien definidos y limpios; y, finalmente, que su carne esté limpia y sea dura al tacto.

Las tareas que puede realizar el pinche de cocina con el pescado son: la limpieza, el corte y el fileteado. La realización de estas tareas se debe hacer en la zona específica, en la encimera indicada y con los útiles específicos para el pescado.

La mayoría de los pescados que llegan al almacén de la cocina de los hospitales hay que conservarlos en una cámara fría o congelador, en cualquier caso, el pinche de cocina debe limpiar y preparar el pescado para su mantenimiento en la cámara en cuanto este sea recibido. La limpieza del pescado consta de los siguientes pasos: el lavado; el eviscerado, realizando un corte en el vientre desde la cabeza a la cola; el descabezado; el desbarbado, que consiste en retirar todas las

aletas del pescado; el escamado y la eliminación de la piel en caso necesario.
En algunos casos el pescado se prepara y elabora entero, pero en otros casos será necesario su fraccionado para cocinarlo después. El pescado puede presentar los siguientes cortes:
- Trancha: Es un corte vertical que incluye piel, carne y espina.
- Rodaja: Es igual que la trancha, pero aplicado a peces cilíndricos.
- Filete: Es un corte que divide cada una de las hojas del pescado, sin espinas y con piel o sin ella.
- Medallón: Es un corte circular grueso sin piel ni espinas, obtenido de la parte más gruesa del filete.
- Suprema: Es un corte que se obtiene tras el corte en filetes, retirando la espina y realizado con el cuchillo un poco inclinado.
- Darné: Es un corte de la parte central del pescado, algo más grueso de la rodaja que, además, suele bridarse para conservar su forma.
- Cola: Es un corte con espina realizado perpendicularmente a la espina vertebral y en la porción de la cola.
- Migas: Son pequeñas porciones que guardan la estructura muscular del pescado
- Falda o ventresca: Son cortes de la masa muscular de la parte inferior del vientre del pescado.
- Lomos: Son cortes musculares de las partes más cercanas a la cabeza.
- Cocochas: Son cortes de la una masa muscular de algunos pescados que están en su barbilla.
- Cogote: Es un corte que se obtiene de los pescados grandes sacados de una porción de cabeza, quitando mandíbula y ojos, y una del cuerpo, y que se abre en el centro.
Un aspecto fundamental a tener en cuenta en la manipulación segura del pescado es el anisakis, que se trata de un parásito que se encuentra en el pescado y puede desencadenar importantes problemas de salud al consumir un pescado afectado. Para prevenirlo es conveniente bien congelar el pescado antes de consumirlo, bien cocinarlo a temperatura muy alta.

## 5 Discusión-Conclusión

El pescado es un ingrediente fundamental de las dietas elaboradas para los pacientes en la cocina hospitalaria debido a los beneficios de su aportación nutricional y a su capacidad para mejorar el estado de salud de los pacientes.
Su calidad como materia prima y la variedad de elaboraciones que permite, como el hervido y la cocción en guiso o la preparación a la parrilla, la fritura o el

horneado, hace que pueda adaptarse fácilmente a las necesidades dietéticas individuales y a las restricciones médicas de cada paciente, aportando, a la vez, satisfacción gastronómica.

Pero la atención al pescado en la cocina hospitalaria no se limita únicamente a sus características como materia prima, sino que se extiende a la manipulación correcta. En este sentido, el pinche de cocina desempeña un papel fundamental. Por una parte, su formación y conocimiento de las buenas prácticas y la normativa sanitaria son esenciales para garantizar la seguridad alimentaria de los pacientes. Pero, por otra parte, el conocimiento y práctica de las técnicas adecuadas de la preparación y la elaboración del pescado, contribuye de manera significativa al éxito de la inclusión de este alimento en la dieta hospitalaria y a la satisfacción de los pacientes.

## 6 Bibliografía

1. Técnicas para Tratamiento Inicial y Preparación de Alimentos [Internet]. Scribd. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://es.scribd.com/presentation/40625282/TECNICAS-PARA-TRATAMIENTO-INICIAL-Y-PREPARACION-DE-ALIMENTOS

2. Integraoposiciones.com. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.integraoposiciones.com/wp-content/uploads/2020/04/PincheSESCAM-Tema11-Muestra.pdf

3. Cocina T 4: Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra CREENA Nafarroako Hezkuntza Bereziko Baliabide Zentroa NHBBZ c/Tajonar-Taxoare kalea, 14 B – 31006 PAMPLONA-IRUÑA Tfno.848 43 12 30 – FAX 848 43 12 50 http://creena.educacion.navarra.es/
creena@educacion.navarra.es [Internet]. Navarra.es. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.navarra.es/documents/48192/6752503/Tema%204%20%20COCINA.pdf/148917c5-8f6e-5098-dce2-d5a30c26e5ed

4. 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://oposicionesoperariodeservicioscyl.wordpress.com/2022/02/20/tema-7-alimentacion-tecnicas-de-tratamiento-y-preparacion-inicial-de-los-alimentos-lavado-corte-descongelacion/

## Capítulo 504

# EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES HOSPITALARIOS

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

## 1 Introducción

La recepción de pacientes hospitalarios es el proceso fundamental y esencial mediante el cual los individuos ingresan a un hospital para recibir atención médica, diagnóstico, tratamiento o cirugía. Este proceso se lleva a cabo con gran atención y cuidado, ya que sienta las bases para la atención de calidad y la experiencia del paciente en el hospital.

En la recepción de pacientes, el personal hospitalario, que puede incluir administradores, enfermeros, celadores y personal de recepción, se encarga de varios aspectos clave:

- Registro de información: Los pacientes proporcionan información personal y médica que se registra con precisión en el sistema hospitalario. Esto incluye datos de contacto, antecedentes médicos y seguro de salud.
- Identificación y pulseras de identificación: Se asigna una identificación única a cada paciente para garantizar una atención personalizada y segura. A menudo, se colocan pulseras con códigos de barras que contienen información crítica.
- Derivación a las áreas adecuadas: Dependiendo de la razón de la admisión, los pacientes se derivan a las áreas correspondientes del hospital, ya sea para consultas ambulatorias, cirugía, cuidados intensivos u otras especialidades médicas.
- Información sobre derechos y consentimiento informado: Los pacientes reciben información sobre sus derechos, los procedimientos a los que se someterán y tienen la oportunidad de dar su consentimiento informado para cualquier tratamiento o procedimiento.
- Asignación de habitaciones y camas: En el caso de pacientes hospitalizados, se les asigna una habitación y una cama según su condición y disponibilidad en el hospital.
- Preparación para procedimientos: Los pacientes pueden recibir instrucciones sobre preparaciones previas a cirugías, exámenes o tratamientos, como ayuno o suspensión de ciertos medicamentos.

La recepción de pacientes es un proceso crítico que sienta las bases para una atención médica efectiva y segura. Un enfoque cuidadoso en la recopilación de información precisa, la comunicación efectiva y el respeto por los derechos del paciente contribuyen en gran medida a la calidad de la atención y a la experiencia general del paciente en el hospital.

## 2 Objetivos

- Exponer las funciones que lleva a cabo el celador en el área de recepción de pacientes hospitalarios.

## 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 la recepción de pacientes hospitalarios es de suma importancia, ya que este proceso marca el inicio de la experiencia del paciente en el hospital y sienta las bases para una atención médica eficaz y segura.
Los celadores desempeñan un papel esencial en este proceso, colaborando con otros profesionales de la salud y personal de recepción para garantizar una transición suave y ordenada para los pacientes.
A continuación, se describen algunas de las tareas y responsabilidades que realizan los celadores en la recepción de pacientes:

- Asistencia y orientación: Los celadores reciben a los pacientes y sus familiares en la entrada del hospital. Proporcionan orientación sobre el proceso de admisión, la ubicación de las áreas de registro y las instalaciones del hospital. Esta orientación es especialmente útil para pacientes nuevos o nerviosos.

- Transporte de pacientes: En algunos casos, los celadores pueden ser responsables de trasladar a los pacientes desde la recepción hasta las áreas de registro o las habitaciones asignadas. Esto implica asegurarse de que los pacientes estén cómodos y seguros durante el traslado.

- Ayuda en el registro: Los celadores pueden colaborar en el proceso de registro de pacientes, asegurándose de que se completen los formularios necesarios y de que se recopile la información relevante.

- Asignación de identificación: Junto con el personal de admisión, los celadores pueden asegurarse de que a cada paciente se le asigne una identificación única, que a menudo se presenta en forma de pulseras con códigos de barras. Esto es esencial para garantizar la correcta identificación de los pacientes y el acceso a su información médica.

- Apoyo emocional: Los celadores a menudo son el primer punto de contacto con los pacientes y sus familias. Proporcionan apoyo emocional, escuchan preocupaciones y brindan tranquilidad durante el proceso de admisión, lo que puede ser especialmente reconfortante en situaciones de emergencia.

- Comunicación interdepartamental: Los celadores colaboran con el personal de recepción, enfermería y otros departamentos para garantizar que los pacientes sean derivados a las áreas adecuadas de acuerdo con sus necesidades médicas.

- Control de flujos de pacientes: En situaciones de alta demanda o emergencias, los

celadores ayudan a mantener el flujo de pacientes de manera ordenada y eficiente, evitando congestiones y retrasos.

## 5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un funcionamiento óptimo de la recepción de pacientes hospitalarios, como celador, es fundamental enfocarse en la empatía, la eficiencia y la colaboración.

En primer lugar, la empatía desempeña un papel crucial. Al recibir a los pacientes y sus familias con calidez y comprensión, se crea un ambiente más acogedor y reconfortante en el hospital, lo que reduce la ansiedad y el estrés.

En segundo lugar, la eficiencia es esencial. Trabajar en estrecha colaboración con el personal de recepción y otros profesionales de la salud para agilizar el proceso de admisión, asegurando un flujo de pacientes ordenado y minimizando tiempos de espera innecesarios.

Por último, la colaboración entre departamentos es clave. Mantener una comunicación fluida con enfermeros, personal de admisión y otros celadores garantiza una atención coordinada y un enfoque centrado en el paciente.

En conjunto, estas prácticas ayudarán a que la recepción de pacientes sea un proceso eficaz y positivo, lo que beneficia tanto a los pacientes como al funcionamiento general del hospital.

## 6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 505

# EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE TRIAJE HOSPITALARIO

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

## 1 Introducción

El triaje hospitalario es un proceso crítico en el entorno de la atención médica, especialmente en situaciones de emergencia o en hospitales con alta demanda. Su objetivo principal es determinar la prioridad de atención de los pacientes, asignando recursos y atención médica de manera eficiente y equitativa en función de la gravedad de sus condiciones médicas. Aquí se presenta una definición más detallada:

El triaje hospitalario es un sistema de clasificación de pacientes que se utiliza para evaluar y priorizar la atención médica en función de la urgencia y la gravedad de sus condiciones médicas. Se aplica en situaciones de emergencia, como desastres naturales, accidentes masivos o epidemias, así como en hospitales de alta demanda, donde la capacidad de atención puede verse desbordada.

El proceso de triaje se basa en la evaluación rápida de los signos vitales, síntomas y gravedad de la enfermedad o lesión. Los pacientes se dividen en diferentes categorías de prioridad, como ”críticos”, ”urgentes”, ”no urgentes” o ”ambulatorios”. Esto permite que los recursos médicos, como médicos, enfermeros y camas de hospital, se asignen de manera adecuada, asegurando que los pacientes más graves reciban atención inmediata mientras se gestionan eficazmente los tiempos de espera para otros.

El triaje hospitalario es esencial para garantizar una atención médica equitativa y eficiente, maximizando las posibilidades de supervivencia y recuperación de los pacientes en situaciones críticas. Además, promueve la utilización óptima de recursos limitados en el entorno hospitalario. Los profesionales de la salud capacitados en triaje desempeñan un papel crucial en este proceso, tomando decisiones rápidas y precisas que pueden marcar la diferencia en la vida de los pacientes.

## 2 Objetivos

- Exponer las funciones que lleva a cabo el celador en el área de triaje 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 triaje hospitalario es esencial para garantizar un flujo de pacientes eficiente y equitativo en situaciones de emergencia y en hospitales con alta demanda.
Su papel principal se centra en apoyar a los profesionales de la salud en el proceso de triaje, asegurando que los pacientes reciban la atención necesaria en función de la gravedad de sus condiciones médicas.
A continuación, se describen en detalle las responsabilidades y funciones del celador en esta área:

- Recepción y registro de pacientes: El celador es el primer punto de contacto con los pacientes que llegan al área de triaje. Su labor incluye recibirlos, registrar información básica, como nombre y motivo de la visita, y proporcionar una breve orientación sobre el proceso.

- Apoyo a la evaluación médica: Colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería en la evaluación inicial de los pacientes. Esto puede incluir la toma de signos vitales, la recopilación de información sobre síntomas y la ayuda en la identificación de casos críticos que requieren atención inmediata.

- Asignación de categorías de triaje: Bajo la supervisión de profesionales de la salud, el celador puede ayudar en la asignación de categorías de triaje a los pacientes. Esto implica clasificar a los pacientes en función de la gravedad de su condición, como ”urgente”, ”no urgente” o ”no crítico”.

- Acompañamiento y traslado de pacientes: El celador puede estar involucrado en el traslado de pacientes desde el área de triaje a otras áreas del hospital, como salas de emergencia, unidades de cuidados intensivos o habitaciones de hospitalización. Asegura que los pacientes sean transportados de manera segura y rápida.

- Mantenimiento del orden y la seguridad: En situaciones caóticas, el celador contribuye a mantener el orden y la seguridad en el área de triaje. Esto incluye la organización de la sala, la gestión de flujos de pacientes y la prevención de aglomeraciones.

- Apoyo emocional: En momentos de emergencia, el celador puede proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familiares, ofreciendo consuelo y tranquilidad durante el proceso de triaje.

- Comunicación efectiva: Mantiene una comunicación fluida con el personal de salud y otros celadores para garantizar la coordinación y el flujo de trabajo eficiente en el área de triaje.

El celador desempeña un papel fundamental en el área de triaje hospitalario al colaborar estrechamente con el personal de salud, asegurando que los pacientes sean atendidos en función de la gravedad de sus condiciones y facilitando un proceso de admisión eficiente y ordenado. Su presencia y apoyo son esenciales en situaciones críticas donde cada segundo cuenta.

## 5 Discusión-Conclusión

Para contribuir al buen funcionamiento del área de triaje hospitalario, el celador desempeña un papel crucial. Algunas recomendaciones clave para garantizar un proceso eficiente y efectivo se basan, en primer lugar, en la comunicación efectiva. Colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que la información sobre los pacientes se comparta de manera clara y precisa. Esto ayudará a asignar las categorías de triaje adecuadas y a priorizar la atención de manera efectiva.
En segundo lugar, mantener la calma y la empatía. El proceso de triaje puede ser estresante tanto para los pacientes como para el personal de salud. Al mantener una actitud tranquila y comprensiva, puede ayudar a reducir la ansiedad de los pacientes y contribuir a un ambiente más positivo en el área de triaje.
Además, tener en cuenta la importancia de la organización. Mantener el área de triaje ordenada y asegúrese de que todos los suministros necesarios estén disponibles y en buen estado. Esto agilizará el proceso y permitirá una respuesta más rápida a las emergencias.
Finalmente, estar preparado para situaciones de alta demanda. En situaciones de emergencia o desastres, la afluencia de pacientes puede ser abrumadora. Capacítese para trabajar bajo presión y en coordinación con un equipo multidisciplinario. La practicidad y la colaboración son fundamentales para asegurar una atención médica eficiente y equitativa durante estos momentos críticos.

El celador desempeña un papel esencial en el área de triaje hospitalario al garantizar una comunicación eficaz, mantener la calma y la empatía, organizar el espacio y estar preparado para situaciones de alta demanda. Su contribución es vital para el funcionamiento óptimo de este proceso crucial en la atención médica de emergencia.

## 6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 506

# EL CELADOR EJECUTA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

RAUL MARTIN BONILLA

FERNANDO LOPEZ GARCIA

FERMÍN LÓPEZ GREGORIO

JOSE RAUL ALVAREZ SUAREZ

ANTONIA RAMIRO GUERRERO

## 1 Introducción

El área de Anatomía Patológica es una parte fundamental en el ámbito hospitalario y médico. Esta área se encarga del estudio y diagnóstico de enfermedades a través de la evaluación de tejidos y muestras biológicas. Aquí se presentan más detalles sobre esta área en 230 palabras:

El área de Anatomía Patológica en un hospital es un departamento especializado que juega un papel esencial en el diagnóstico y la comprensión de las enfermedades. Los profesionales de esta área, conocidos como anatomopatólogos, trabajan en conjunto con técnicos y otros expertos para examinar minuciosamente muestras de tejidos, células y fluidos corporales que se obtienen mediante biopsias, cirugías u otros procedimientos médicos.

El proceso comienza con la recepción de las muestras y su registro adecuado en el laboratorio. A continuación, se preparan y se procesan para su análisis microscópico. Los anatomopatólogos examinan estas muestras con microscopios para identificar cambios anormales en los tejidos, lo que les permite realizar diagnósticos precisos de enfermedades como cáncer, infecciones, trastornos autoinmunitarios y muchas otras afecciones médicas.

Además del diagnóstico, el área de Anatomía Patológica desempeña un papel importante en la investigación médica y en la planificación de tratamientos. Los resultados de los análisis patológicos ayudan a los médicos a determinar el curso más adecuado para el paciente y a evaluar la eficacia de los tratamientos.

El área de Anatomía Patológica es esencial para el diagnóstico preciso y la comprensión de una amplia variedad de enfermedades. Los anatomopatólogos desempeñan un papel crucial al proporcionar información vital para la toma de decisiones médicas y la mejora de la atención al paciente.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en anatomía patológica.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El trabajo del celador en el área de Anatomía Patológica dentro de un hospital es fundamental para el funcionamiento eficiente de este departamento. El celador desempeña un papel esencial en el flujo de trabajo de Anatomía Patológica, garantizando que las muestras biológicas se manejen con precisión y se entreguen de manera oportuna a los anatomopatólogos. A continuación, se describen en detalle las responsabilidades y funciones del celador en esta área:

Recepción y registro de muestras: El celador es el encargado de recibir las muestras de tejidos y biopsias que llegan al laboratorio de Anatomía Patológica. Debe asegurarse de que cada muestra esté debidamente etiquetada y registrada, evitando errores en la identificación de los pacientes y sus muestras.

Transporte de muestras: Una de las responsabilidades principales del celador es el transporte de las muestras desde las áreas de recolección, como quirófanos o consultorios médicos, hasta el laboratorio. Esto debe realizarse con extremo cuidado para evitar daños en las muestras, lo que podría afectar su análisis.

Colaboración en la organización del espacio: El celador puede colaborar en la organización del espacio del laboratorio, asegurando que las áreas de almacenamiento de muestras estén ordenadas y que los suministros necesarios estén disponibles para el personal de Anatomía Patológica.

Mantenimiento de la confidencialidad: Dado que el trabajo en Anatomía Patológica involucra información médica altamente confidencial, el celador debe garantizar la privacidad y confidencialidad de las muestras y los resultados, siguiendo estrictamente las normativas de protección de datos y privacidad.

Apoyo logístico: En ocasiones, el celador puede ser requerido para ayudar en tareas logísticas adicionales, como el embalaje de muestras para su envío a laboratorios externos o la colaboración en la gestión de documentos y registros.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación fluida con el personal de Anatomía Patológica es esencial. El celador debe estar en constante contacto con los anatomopatólogos y técnicos para garantizar un flujo de trabajo sin problemas y la entrega oportuna de resultados.

El celador en el área de Anatomía Patológica cumple un papel vital al garantizar que las muestras lleguen de manera segura al laboratorio y que el proceso de registro y organización sea meticuloso. Su contribución es esencial para el diagnóstico preciso de enfermedades y el tratamiento adecuado de los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento en el área de Anatomía Patológica, el celador puede seguir estas recomendaciones clave:
En primer lugar, la precisión y el cuidado son esenciales. Asegúrese de que todas las muestras estén debidamente etiquetadas y registradas con información

precisa del paciente. Evite cualquier posibilidad de confusión o error en la identificación de las muestras.
En segundo lugar, la comunicación es fundamental. Mantenga una comunicación efectiva con el personal de Anatomía Patológica, informándoles sobre la llegada de muestras y cualquier detalle relevante. La coordinación fluida garantiza que el trabajo se realice de manera eficiente y que los resultados se entreguen a tiempo. Además, promueva un ambiente ordenado y seguro en el área de trabajo. Colabore en mantener el laboratorio limpio y organizado, garantizando que los materiales y suministros estén disponibles cuando se necesiten.
Finalmente, sea consciente de la importancia de la confidencialidad. Respete rigurosamente las normativas de privacidad de datos y protección de información médica, garantizando que las muestras y resultados estén resguardados adecuadamente.
En resumen, el celador desempeña un papel crítico en el área de Anatomía Patológica al garantizar la precisión, la comunicación efectiva, la organización y el cumplimiento de las normativas de privacidad. Su compromiso con estos contribuye significativamente al funcionamiento exitoso de este departamento esencial en el ámbito hospitalario.

## 6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, 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 507

# EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS

VICENTE RODRÍGUEZ LÓPEZ

JOSEFA LÓPEZ DE LA MANZANARA SÁNCHEZ-MIGALLÓN

JESÚS JOSÉ MUÑOZ LÓPEZ DE LA MANZANARA

DARA LÓPEZ ÁLVAREZ

## 1 Introducción

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs), también denominadas toxi-infecciones alimentarias, son un problema de salud pública en todo el mundo, también en España. Estas enfermedades tienen su origen en el consumo de agua o de alimentos previamente contaminados por diferentes microrganismos patógenos que causan efectos seriamente perjudiciales para la salud. Los síntomas más comunes que presentan estas enfermedades son los gastrointestinales como náuseas, vómitos, cólicos estomacales y diarrea, aunque, también, pueden provocar dolores musculares.

Los alimentos se pueden contaminar de estos microrganismos patógenos de múltiples formas, desde el camino que va del origen hasta la ingesta. Así, las

verduras se pueden contaminar durante su cultivo mediante el riego con aguas contaminadas o mientras son procesadas. Los alimentos de origen animal como carnes o lácteos, en las granjas de origen, por el consumo de piensos, cereales o agua contaminados o, también, en el matadero al entrar en contacto esta carne destinada al consumo con agua contaminada o con el contenido intestinal del animal. La contaminación también puede producirse durante su elaboración en las cocinas, tanto por contaminación cruzada (el uso de utensilios de un alimento a otro sin mantener las medidas higiénico-sanitarias precisas) o directamente desde un miembro del personal de cocina previamente enfermo.

En las cocinas de los centros hospitalarios, las toxiinfecciones alimentarias más frecuentes son la salmonelosis, la listeriosis, la campilobacteriosis, las causadas por la bacteria Escherichia colio y las causadas por el norovirus. Hay que tener en cuenta que los destinatarios finales de los platos elaborados en la cocina de los centros hospitalarios son los pacientes, que estos suelen encontrarse en una situación de salud especialmente vulnerable y que, por ello, están más expuestos a sufrir complicaciones graves a causa de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

Para prevenir estas enfermedades transmitidas por alimentos es fundamental que todo el personal que trabaja en la cocina hospitalaria y, entre ellos, los pinches o ayudantes de cocina hospitalaria esté formado en la manipulación y preparación de alimentos.

## 2 Objetivos

- Analizar la importancia de las enfermedades de transmisión alimentaria cuando se producen dentro de los centros hospitalarios.
- Describir las principales toxiinfecciones alimentarias y su forma de transmisión.
- Exponer las principales medidas preventivas que deben llevar a cabo los pinches de cocina en la cocina hospitalaria para minimizar los riesgos de que se produzcan toxiinfecciones alimentarías en el centro hospitalario.

## 3 Metodología

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

Académico usando como palabras claves: “enfermedades causadas por alimentos” y “prevención de enfermedades causadas por alimentos”.

## 4 Resultados

Las enfermedades transmitidas por los alimentos pueden suponer un problema de gran envergadura siempre, pero más aún si estas se producen dentro del ámbito hospitalario por las consecuencias que estas pueden tener en los pacientes. Las principales enfermedades transmitidas por alimentos que se dan en los centros hospitalarios se producen en la cocina y las más frecuentes son las siguientes:

- Salmonelosis: Es una enfermedad infecciosa causada por la Salmonella y puede contaminar la carne cruda, los huevos o los vegetales. Se transmite a los humanos cuando estos consumen los productos contaminados. La Salmonella muere al someterla a temperaturas superiores a 70 grados Celsius, por ello es necesario someter a los alimentos a altas temperaturas durante su elaboración, ser cuidadosos al manipularlos para evitar la contaminación cruzada, refrigerarlos a la temperatura adecuada y no mezclar los alimentos cocinados con los crudos. Los síntomas principales de la de la salmonelosis son: náuseas, vómitos, diarrea, fiebre y dolor abdominal de cabeza. Suele aparecer predominantemente en verano.
- Listeriosis: Es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria Listeria monocytogenes que se contrae por el consumo de alimentos crudos (carnes o vegetales) o alimentos elaborados (quesos poco curados o elaborados con leche no pasteurizada, carnes frías o embutidos) contaminados por esta bacteria. Esta enfermedad suele presentar sintomatología gastrointestinal como diarreas o vómitos, fiebre y dolores musculares y si se propaga al sistema nervioso puede causar meningoencefalitis. Esta bacteria muere al someter a los alimentos a cocción y a pasteurización. Aunque se presenta en pocas ocasiones, su acción suele revestir una gravedad importante.
- Campilobacteriosis: Es una enfermedad infecciosa producida por la Campylobacter. Esta bacteria se suele encontrar en los intestinos de humanos y de animales. Se contrae al consumir leche sin pasteurizar, carne poco cocinada o cruda, agua u otros alimentos contaminados con esta bacteria. Los síntomas (diarrea, fiebre y dolor abdominal) suelen aparecer de 2 a 10 días tras el consumo del producto contaminado. Puede derivar en infecciones de tracto urinario, meningitis o artritis. Se presenta de manera más frecuente en verano y principios de otoño.
- Escherichia colio: Es una bacteria que se encuentra los intestinos de los humanos y de los animales y aunque la mayoría de las variedades de Escherichia coli no

causan problemas o solo pequeñas diarreas, algunas cepas, como la Escherichia coli O157:H7, pueden llegar a ocasionar cólicos abdominales fuertes, vómitos y diarrea con sangre. Suele presentarse tras el consumo de carne de res cruda o que no ha sido suficientemente cocinada, o por el consumo de leche no pasteurizada.
- Norovirus: Es un virus muy contagioso que se contrae por el consumo de alimentos contaminados, se propaga por el contacto con superficies contaminadas durante la preparación de los alimentos o por el contacto con personas infectadas y se transmite de persona a persona de manera muy rápida si estos se encuentran en contacto y en lugares cerrados. Se transmite preferentemente a través de frutas, verduras de hojas verdes y moluscos vivos, pero pueden actuar como transmisores todos los alimentos crudos contaminados o los contaminados durante la elaboración o tras ella. No suele ser grave y suele remitir de manera rápida y se suele presentar con molestias gastrointestinales (diarreas, náuseas, vómitos o dolor estomacal), fiebre leve y dolores musculares o de cabeza. Prevalece durante la época invernal.

Con el fin de prevenir estas enfermedades, todo el personal que trabaja en la cocina hospitalaria, entre ellos el pinche de cocina, debe tomar las siguientes medidas:
- Formarse en manipulación sanitaria de alimentos.
- Tener en cuenta que la carne y el marisco poco cocinados o consumidos en crudo, o los productos lácteos sin pasteurizar, son una importante fuente de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Cocinar los alimentos a temperaturas seguras, especialmente la carne.
- Almacenar de manera adecuada los alimentos conservándolos a la temperatura recomendada para evitar que proliferen bacterias y otros microorganismos perniciosos para la salud humana.
- Limpiar y desinfectar los utensilios y el equipo de cocina para evitar la contaminación cruzada.
- Mantener la higiene de atuendos y lavarse las manos con minuciosidad antes de cocinar y tras la manipulación de alimentos crudos y en cada cambio de tareas.
- No cocinar o manipular alimentos si se sufren enfermedades o infecciones en la piel y proteger posibles lesiones con vendas.

## 5 Discusión-Conclusión

La cocina de los centros hospitalarios es la zona de mayor riesgo de que se produzcan enfermedades de transmisión alimentaria en un hospital. Si se tiene en cuenta que los principales destinatarios de las elaboraciones que se producen

en ella son los pacientes del hospital y que la mayoría de las ocasiones estos ya tienen mermado su estado de salud y, por lo tanto, su capacidad de hacer frente a las enfermedades, es necesario que todo el personal que trabaja en la cocina y, entre ellos, los pinches de cocina, conozcan cuáles son las principales enfermedades transmitidas por los alimentos, de qué forma pueden proliferar y qué acciones son necesarias para prevenir el riesgo de que esto suceda.
Por ello, el pinche de cocina hospitalaria y el resto de personal que trabaja en ella tiene un rol muy importante en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, y es fundamental que haya adquirido una formación minuciosa en la manipulación de alimentos y en la conservación de medidas de higiene alimentaria para, con ello, evitar la contaminación de los alimentos y la propagación de estas enfermedades.

## 6 Bibliografía

1. Enfermedades transmitidas por alimentos [Internet]. Paho.org. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmitidas-por-alimentos
2. Rentokil.com. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.rentokil.com/es/ayuda-y-consejos/control-de-plagas-en-empresas/seguridad-alimentaria/enfermedades-transmitidas-por-comida
3. El pinche DE cocina en El sistema sanitario Andaluz [Internet]. Docplayer.es. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://docplayer.es/74883633-El-pinche-de-cocina-en-el-sistema-sanitario-andaluz.html
4. Ocronos R. El Ayudante de Servicios. Patologías susceptibles de ser transmitidas a través de alimentos presentes en cocina hospitalaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://revistamedica.com/patologias-transmitidas-alimentos/

## Capítulo 508

# BRUXISMO INFANTIL EN LA PERSPECTIVA DEL HIGIENISTA DENTAL

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

CANDELA DÍAZ TARRAGA

## 1 Introducción

El bruxismo infantil, comúnmente conocido como ”rechinar de dientes” en niños, se refiere al hábito involuntario de apretar o frotar los dientes superiores e inferiores de manera rítmica y excesiva. Este fenómeno ocurre de forma inconsciente, generalmente durante el sueño, aunque también puede manifestarse durante el día. A menudo, se asocia con el rechinar o chirriar de los dientes y puede generar sonidos característicos.

Algunos puntos clave sobre el bruxismo infantil incluyen:

- Edad de inicio: El bruxismo infantil a menudo comienza en la niñez temprana y puede persistir durante algunos años. Suele ser más común en niños que en niñas.

- Causas: Las causas exactas del bruxismo infantil no siempre están claras, pero

pueden incluir factores emocionales como el estrés, la ansiedad o la tensión, así como factores físicos como la alineación dental y la mordida.

- Síntomas: Los síntomas del bruxismo infantil pueden incluir el rechinar de dientes durante la noche, dolor de cabeza, dolor facial, dolor en la mandíbula, dientes desgastados o dañados y, en algunos casos, problemas para dormir.

- Efectos a largo plazo: El bruxismo prolongado en niños puede dañar los dientes y aumentar el riesgo de problemas dentales, como desgaste del esmalte dental, fracturas dentales o dolor en la mandíbula.

## 2 Objetivos

- Explicar el papel clave del higienista dental papel en la identificación temprana, la educación y el apoyo a los padres y cuidadores en relación con este hábito dental.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Desde la perspectiva de un higienista dental, el bruxismo infantil es un tema importante a considerar en la atención odontológica de los niños. Aunque los higienistas dentales pueden no diagnosticar ni tratar directamente el bruxismo, desempeñan un papel clave en la identificación temprana, la educación y el apoyo a los padres y cuidadores en relación con este hábito dental.

Aquí hay algunas consideraciones específicas desde la perspectiva de un higienista dental:

- Educación y concienciación: Los higienistas dentales pueden educar a los padres y cuidadores sobre el bruxismo infantil, explicando qué es, cómo identificarlo y

cuáles son sus posibles causas. Esto puede ayudar a los padres a estar atentos a los signos y síntomas del bruxismo en sus hijos.

- Detección durante las visitas de rutina: Durante las visitas de rutina al consultorio dental, los higienistas dentales pueden observar signos de bruxismo, como desgaste dental, dientes dañados o cambios en la mordida. Pueden comunicar estas observaciones al dentista para su evaluación y seguimiento.

- Consejos de prevención: Los higienistas dentales pueden ofrecer consejos de prevención, como promover una buena higiene dental y el uso adecuado de protectores bucales si el bruxismo está causando problemas dentales. También pueden hablar sobre la importancia de reducir el estrés y la ansiedad en los niños, ya que esto puede estar relacionado con el bruxismo.

- Derivación a especialistas: En casos de bruxismo grave o cuando se sospecha un problema subyacente, los higienistas dentales pueden derivar a los niños a un ortodoncista o un dentista especializado en trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) para una evaluación y tratamiento más específico.

- Seguimiento y apoyo continuo: Los higienistas dentales pueden seguir de cerca a los niños con bruxismo durante sus visitas de rutina y proporcionar apoyo continuo a los padres para abordar cualquier inquietud o preguntas relacionadas con el bruxismo.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el bruxismo infantil es un tema relevante desde la perspectiva del higienista dental, ya que puede afectar la salud bucal de los niños y requerir una atención temprana y adecuada. Los higienistas dentales desempeñan un papel importante en la identificación temprana, la educación de los padres y cuidadores, y el apoyo en la prevención y el manejo del bruxismo infantil. El enfoque integral del equipo de atención dental, que incluye higienistas dentales, dentistas y otros profesionales, es esencial para brindar una atención de calidad y ayudar a los niños a manejar el bruxismo de manera efectiva. La colaboración entre estos profesionales garantiza una atención dental integral y promueve la salud bucal a lo largo de la vida de los pacientes jóvenes.

# 6 Bibliografía

- https://www.sedo.es/blog/219-qu%C3%A9-es-el-bruxismo-infantil-o-del-lactante.html

## Capítulo 509

# COMPLICACIONES DE UN ALVEOLITIS DESDE LA PERSPECTIVA DE HIGIENISTA DENTAL

JULIA MARTÍNEZ FELIPE

CLAUDIA LOZOYA ÁLVARO

CECILIA QUÍLEZ PARREÑO

CANDELA DÍAZ TARRAGA

## 1 Introducción

La alveolitis, también conocida como ”alveolitis seca,” es una complicación dolorosa que puede ocurrir después de que una persona se somete a una extracción dental, generalmente una extracción de muela del juicio o una extracción de otro diente. Se caracteriza por la inflamación y el dolor en el área donde se realizó la extracción dental, acompañada a menudo de un mal aliento desagradable.

Algunas características clave de la alveolitis incluyen:

- Dolor intenso: La alveolitis seca se caracteriza por un dolor agudo y persistente en el área de la extracción, que suele aumentar en intensidad en los días posteriores a la extracción.

- Mal aliento: También puede estar presente un mal aliento debido a la acumulación de alimentos y bacterias en el alvéolo dental vacío.

- Exposición del hueso: En algunos casos, puede haber una exposición del hueso en el alvéolo dental, lo que contribuye al dolor y la inflamación.

- Retraso en la curación: La alveolitis seca se produce cuando el coágulo de sangre que normalmente se forma en el sitio de extracción se disuelve prematuramente o se pierde, lo que retrasa la curación normal.

- Factores de riesgo: Algunos factores de riesgo para desarrollar alveolitis incluyen el tabaquismo, la extracción de una muela del juicio inferior, la falta de cuidado posterior adecuado después de la extracción y una historia previa de alveolitis.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer algunas consideraciones relacionadas con las complicaciones mas usuales de la alveolitis desde la perspectiva de un higienista dental.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Desde la perspectiva de un higienista dental, es esencial comprender las complicaciones de la alveolitis y cómo pueden afectar la salud bucal de los pacientes. Algunas consideraciones relacionadas con las complicaciones de la alveolitis desde la perspectiva de un higienista dental incluyen:

- Dolor y malestar persistente: La alveolitis puede causar un dolor intenso y persistente en el área de la extracción dental, lo que puede dificultar la higiene oral adecuada y el cepillado de los dientes cercanos. Los pacientes pueden requerir asesoramiento sobre cómo cuidar sus dientes y encías de manera efectiva sin causar más molestias.

- Riesgo de infección: La exposición del hueso en el alvéolo dental aumenta el riesgo de infección. Los higienistas dentales deben estar atentos a signos de infección, como inflamación, enrojecimiento y secreción de pus, y comunicar cualquier hallazgo al dentista para su evaluación y tratamiento.

- Mala higiene oral: Debido al dolor y la incomodidad asociados con la alveolitis, los pacientes pueden tener dificultades para realizar una higiene oral adecuada en el área afectada. Los higienistas dentales pueden proporcionar orientación específica sobre cómo mantener una buena higiene oral durante este período, incluyendo el uso de enjuagues bucales y enjuagues con agua salada tibia.

- Seguimiento adecuado: Es importante que los pacientes sigan las recomendaciones de seguimiento proporcionadas por el dentista para asegurarse de que la alveolitis se cure completamente y evitar complicaciones a largo plazo.

- Educación preventiva: Los higienistas dentales pueden educar a los pacientes sobre la importancia de seguir las instrucciones postoperatorias después de una extracción dental para reducir el riesgo de alveolitis. Esto puede incluir evitar fumar y seguir una dieta suave durante el período de cicatrización. Los higienistas dentales desempeñan un papel importante en la educación, el apoyo y la prevención de complicaciones posteriores a la extracción dental, asegurándose de que los pacientes comprendan cómo cuidar adecuadamente de su boca durante el proceso de curación.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, desde la perspectiva de un higienista dental, es crucial estar consciente de las complicaciones potenciales de la alveolitis y brindar el apoyo necesario a los pacientes para prevenir y abordar estas complicaciones. Las complicaciones incluyen dolor persistente, riesgo de infección, dificultades en la higiene oral y un seguimiento adecuado.

El papel del higienista dental es proporcionar educación preventiva y apoyo a los pacientes para garantizar que comprendan la importancia de seguir las instrucciones postoperatorias después de una extracción dental. Esto ayuda a minimizar el riesgo de desarrollar alveolitis y asegura una curación adecuada. Además, la detección temprana de signos de infección u otras complicaciones es fundamental para derivar a los pacientes al dentista o cirujano oral para una evaluación y tratamiento adecuados.

# 6 Bibliografía

- https://www.clinicadentalmontane.com/blog/que-es-la-alveolitis/

## Capítulo 510

# EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: HISTORIA CLÍNICA

ISABEL FITO SÁEZ

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ROCIO COVISA PUENTE

ANTONIA ARMERO MENA

## 1 Introducción

La historia clínica sanitaria, también conocida simplemente como historia clínica, es un registro médico y legal que contiene la información médica y de salud relevante de un paciente a lo largo de su vida. Este documento se crea y se actualiza en el transcurso de la atención médica y tiene varios propósitos, incluyendo:

- Registro de Información Médica: La historia clínica recopila datos sobre la salud del paciente, incluyendo su historial médico, enfermedades pasadas y actuales, tratamientos, cirugías, alergias, medicamentos y resultados de exámenes médicos.

- Guía para la Atención Médica: La historia clínica proporciona a los profesionales de la salud una guía valiosa para brindar atención médica adecuada. Les permite conocer los antecedentes médicos del paciente y tomar decisiones informadas sobre diagnóstico y tratamiento.

- Comunicación entre Profesionales de la Salud: Facilita la comunicación entre diferentes profesionales de la salud que atienden al paciente, como médicos, enfermeras, especialistas y técnicos. Todos pueden acceder a la información necesaria para proporcionar una atención coordinada.

- Seguimiento de la Evolución de la Salud: Permite seguir la evolución de la salud del paciente a lo largo del tiempo, lo que es esencial para el tratamiento de enfermedades crónicas, el monitoreo de progresos y la identificación de tendencias médicas.

## 2 Objetivos

- Explicar el mantenimiento de registros electrónicos en la historia clínica por parte de un auxiliar administrativo en el entorno de atención médica

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El mantenimiento de registros electrónicos en la historia clínica es una parte esencial de la labor de un auxiliar administrativo en el entorno de atención médica. Aquí hay algunos aspectos clave relacionados con esta responsabilidad:

- Registro de información: El auxiliar administrativo debe introducir y actualizar regularmente la información de los pacientes en el sistema de registros electrónicos de salud (EHR, por sus siglas en inglés). Esto incluye datos personales, historiales médicos, resultados de pruebas, notas de enfermería y registros de visitas médicas.

- Exactitud y coherencia: Es crucial que los registros electrónicos sean precisos y coherentes. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que no haya errores tipográficos ni datos faltantes en la información ingresada.

- Confidencialidad y seguridad: El mantenimiento de registros electrónicos debe llevarse a cabo de acuerdo con las regulaciones de privacidad y seguridad de la información médica, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en Estados Unidos. Esto incluye el acceso autorizado a la información y la protección contra amenazas cibernéticas.

- Control de versiones: Los EHR a menudo registran un historial de versiones de registros médicos. El auxiliar administrativo debe estar familiarizado con este sistema y ser capaz de rastrear y acceder a versiones anteriores si es necesario.

- Búsqueda y recuperación de información: El auxiliar administrativo debe ser capaz de buscar y recuperar información rápidamente cuando sea necesario, ya sea para proporcionar registros a otros profesionales de la salud, para la facturación o para responder a preguntas de los pacientes.

- Apoyo a la toma de decisiones clínicas: Los registros electrónicos pueden utilizarse para proporcionar información relevante en tiempo real a los médicos y enfermeros. El auxiliar administrativo puede contribuir a garantizar que estos datos estén disponibles y sean legibles.

- Cumplimiento de plazos: En muchos entornos de atención médica, los registros electrónicos deben completarse y firmarse dentro de plazos específicos. El auxiliar administrativo debe seguir estas pautas y asegurarse de que los registros se completen a tiempo.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la historia clínica es de vital importancia en el entorno de atención médica. Su trabajo se centra en garantizar la eficiencia en la gestión de la documentación médica y en la organización de la información de los pacientes. Al mantener registros electrónicos precisos y seguros, el auxiliar administrativo contribuye al flujo de trabajo efectivo en la clínica u hospital y al cuidado de los pacientes. A través de la atención a la confidencialidad, el cumplimiento normativo y la colaboración con el personal médico y de enfermería, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la prestación de una atención médica de calidad.

# 6 Bibliografía

- https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf

## Capítulo 511

# LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO TELEMÁTICO Y PRESENCIAL

ISABEL FITO SÁEZ

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ROCIO COVISA PUENTE

ANTONIA ARMERO MENA

## 1 Introducción

El registro telemático y presencial sanitario se refiere a las formas en que las personas pueden registrar y presentar documentos o solicitudes relacionados con asuntos de salud ante las autoridades sanitarias o instituciones de atención médica. Estas modalidades permiten a los ciudadanos y profesionales de la salud interactuar con las autoridades sanitarias y cumplir con trámites o requerimientos relacionados con temas médicos y de salud.

Registro Telemático Sanitario:

- Definición: El registro telemático sanitario implica el uso de tecnología de la información y comunicación (TIC) para presentar documentos, realizar trámites

o enviar información relacionada con cuestiones de salud a través de plataformas en línea o sistemas electrónicos.

- Ejemplos: Puede incluir la presentación de solicitudes para la obtención de citas médicas en línea, el envío de informes médicos por vía electrónica, la inscripción en programas de salud electrónicos, o la gestión de recetas médicas electrónicas.

Registro Presencial Sanitario:

- Definición: El registro presencial sanitario implica la presentación de documentos o la realización de trámites relacionados con la salud en persona, a menudo en las oficinas de instituciones de atención médica, hospitales, clínicas u organismos gubernamentales de salud.

- Ejemplos: Incluye la entrega de formularios impresos en las oficinas de atención médica, la solicitud de servicios médicos en el mostrador de un hospital, la presentación de documentación médica en papel, entre otros.

## 2 Objetivos

- Dar a conocer la gestión del auxiliar administrativo en el registro telemático y presencial en el ámbito de la salud.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La gestión del auxiliar administrativo en el registro telemático y presencial en el ámbito de la salud puede variar según la modalidad de registro utilizada. Aquí te proporciono una visión general de cómo un auxiliar administrativo puede desempeñar un papel en ambas modalidades:

Gestión en el Registro Telemático:

- Supervisión de plataformas electrónicas: El auxiliar administrativo puede ser responsable de supervisar las plataformas en línea utilizadas para el registro telemático, asegurándose de que estén funcionando correctamente y de que los usuarios tengan acceso adecuado.

- Soporte técnico: Proporcionar apoyo técnico a los usuarios que puedan encontrar dificultades técnicas al utilizar las herramientas de registro en línea, como ayudar con la navegación o la resolución de problemas de acceso.

- Validación de documentos electrónicos: Verificar que los documentos presentados en formato electrónico cumplan con los requisitos y estén correctamente archivados en el sistema, asegurando su integridad y confidencialidad.

- Atención al cliente virtual: Responder a consultas o solicitudes de los usuarios que utilizan la modalidad de registro telemático, proporcionando información y orientación.

- Gestión de citas en línea: Coordinar y administrar las citas médicas y los horarios de los pacientes que utilizan servicios de programación en línea, asegurándose de que los horarios estén actualizados y sean precisos.

Gestión en el Registro Presencial:

- Recepción de documentos físicos: Recibir documentos impresos o en papel relacionados con asuntos de salud, como formularios de solicitud, informes médicos o registros de pacientes.

- Organización de documentos: Archivar adecuadamente los documentos físicos en sistemas de archivo físico para garantizar su acceso rápido y seguro cuando sea necesario.

- Atención al cliente en persona: Interactuar con pacientes y visitantes en las instalaciones de atención médica, proporcionando información, programando citas y brindando un servicio amable y eficiente.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión del auxiliar administrativo en el registro telemático y presencial desempeña un papel fundamental en el ámbito de la salud. Ambas modalidades de registro tienen sus propias responsabilidades y desafíos, pero

comparten el objetivo de facilitar el acceso a la atención médica y garantizar la integridad y confidencialidad de la información relacionada con la salud.

En el registro telemático, el auxiliar administrativo se enfoca en la supervisión de plataformas electrónicas, la asistencia técnica a usuarios, la validación de documentos electrónicos y la coordinación de citas en línea, contribuyendo así a una atención más eficiente y accesible. En el registro presencial, el auxiliar administrativo se encarga de recibir documentos físicos, organizarlos adecuadamente, interactuar con pacientes y visitantes en persona, verificar la precisión de los datos y mantener la seguridad de la información en formato físico.

# 6 Bibliografía

- Scielo

## Capítulo 512

# FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES

ISABEL FITO SÁEZ

FRANCISCA MARIA CALA ALCÁNTARA

MARIA LUZ NÚÑEZ CAMPOS

ROCIO COVISA PUENTE

ANTONIA ARMERO MENA

## 1 Introducción

El servicio de citaciones sanitario se refiere a la función de programar y gestionar las citas médicas para los pacientes en el sistema de atención médica. Este servicio es esencial para garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna y adecuada por parte de los profesionales de la salud en hospitales, clínicas, consultorios médicos y otros entornos de atención sanitaria.

Las principales funciones y características del servicio de citaciones sanitario incluyen:

- Programación de citas: Los profesionales encargados del servicio de citaciones programan las citas médicas de acuerdo con las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de los médicos o especialistas.

- Confirmación de citas: Se encargan de confirmar las citas programadas con los pacientes a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos u otros medios de comunicación.

- Recordatorios de citas: Envían recordatorios a los pacientes antes de la fecha de la cita para asegurarse de que estén al tanto de su programación y no se pierdan sus citas.

- Reprogramación y cancelación: Gestionan las solicitudes de reprogramación o cancelación de citas por parte de los pacientes y los ayudan a encontrar nuevas fechas y horarios disponibles.

- Coordinación de recursos: Aseguran que los recursos médicos, como consultorios, equipos y personal, estén disponibles y programados de manera eficiente para atender a los pacientes.

## 2 Objetivos

- Explicar el papel esencial en el servicio de citaciones sanitario, contribuyendo a su eficiencia y efectividad 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 el servicio de citaciones sanitario, contribuyendo a su eficiencia y efectividad. Algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este contexto incluyen:

- Registro y programación de citas: Registrar los datos de los pacientes y programar las citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de los profesionales de la salud y las preferencias de los pacientes.

- Confirmación de citas: Contactar a los pacientes para confirmar sus citas médicas programadas y proporcionar detalles sobre la fecha, hora y ubicación de la cita.

- Recordatorios de citas: Enviar recordatorios a los pacientes antes de la fecha de la cita, utilizando métodos como llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos, para reducir la tasa de ausencias.

- Reprogramación y cancelación: Atender las solicitudes de reprogramación o cancelación de citas por parte de los pacientes, y ayudarles a encontrar horarios alternativos si es necesario.

- Coordinación de recursos: Asegurarse de que los consultorios médicos, el personal y los equipos necesarios estén disponibles y programados de manera eficiente para atender a los pacientes.

- Manejo de listas de espera: Gestionar listas de espera de pacientes que desean programar citas con especialistas o servicios específicos, y contactar a los pacientes cuando se abren citas disponibles.

- Registro y documentación: Mantener registros precisos de las citas programadas, los cambios en la programación y la información del paciente, utilizando sistemas de registro electrónico o en papel según corresponda.

- Atención al cliente: Brindar un servicio amable y profesional a los pacientes, responder a sus preguntas y proporcionar información relevante sobre los procedimientos y políticas del centro de atención médica.

Gestión de conflictos: Resolver problemas relacionados con las citas, como desacuerdos sobre horarios, retrasos o cambios de último minuto, de manera eficiente y cortés.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el servicio de citaciones sanitario al garantizar una programación eficiente de citas médicas y proporcionar un servicio de atención al paciente de calidad. Sus funciones son esenciales para mantener un flujo de trabajo organizado y para asegurarse de que los pacientes reciban la atención médica necesaria en el momento adecuado. Al gestionar registros, programar citas, confirmar asistencia, coordi-

nar recursos y mantener la comunicación con los pacientes, el auxiliar administrativo contribuye significativamente a la eficacia y eficiencia del servicio de citaciones en el entorno de atención médica. Además, su capacidad para cumplir con regulaciones de privacidad y confidencialidad de la información médica y brindar atención al cliente es fundamental para proporcionar una experiencia de atención médica positiva para los pacientes.

## 6 Bibliografía

- Pubmed y Scielo

## Capítulo 513

# EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS RADIOLÓGICOS: LA RESPONSABILIDAD DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

GLORIA CERDÁ REQUENA

## 1 Introducción

En el mundo de la medicina moderna, la radiología desempeña un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. La obtención de imágenes médicas precisas y de alta calidad es esencial para que los médicos puedan tomar decisiones informadas sobre la salud de los pacientes. En este contexto, la evaluación de protocolos radiológicos se erige como un componente vital del proceso, y es responsabilidad del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID).

Los TSID son profesionales altamente capacitados y especializados en la adquisición de imágenes médicas. Su labor abarca desde la preparación del equipo radiológico hasta la atención al paciente durante el procedimiento. Sin embargo, su papel va mucho más allá de la operación técnica; también son guardianes de la calidad de las imágenes y la seguridad del paciente.

La evaluación de protocolos radiológicos implica la revisión, adaptación y optimización de los procedimientos de adquisición de imágenes. Esto incluye ajustar parámetros como la dosis de radiación, el contraste y la resolución para adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y condición clínica. Los TSID deben estar al tanto de las últimas tecnologías y avances en radiología, ya que esto influye directamente en su capacidad para proporcionar imágenes de alta calidad y minimizar la exposición a la radiación.

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la práctica de los TSID. Esto significa no solo garantizar la precisión de las imágenes, sino también velar por la comodidad y el bienestar del paciente durante el procedimiento. Además, deben estar preparados para abordar situaciones inesperadas y emergencias médicas que puedan surgir en el entorno de la radiología.

La evaluación de protocolos radiológicos es una tarea crítica en la radiología médica y recae en la responsabilidad del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico. Estos profesionales desempeñan un papel esencial al asegurar que se obtengan imágenes médicas de la más alta calidad, contribuyendo así al diagnóstico preciso y al bienestar de los pacientes. Su habilidad técnica, conocimientos actualizados y compromiso con la seguridad son fundamentales para el éxito de la radiología moderna y, en última instancia, para la atención médica de calidad.

## 2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y educativa sobre la importancia de la evaluación de protocolos radiológicos y el papel fundamental que desempeñan los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico en este contexto.
- Crear conciencia sobre la profesión de los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y destacar su contribución esencial en la atención médica.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se procedió a la realización de búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos: PubMed (permite el acceso a Medline), Embase, Cinahl (base bibliográfica de enfermería) y otras fuentes de información seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

La evaluación de protocolos radiológicos es una parte fundamental de la responsabilidad del técnico superior en imagen para el diagnóstico.
Los protocolos radiológicos son pautas y procedimientos que guían la adquisición de imágenes médicas para el diagnóstico de enfermedades y lesiones.
La calidad de las imágenes radiológicas es esencial para un diagnóstico preciso, y es responsabilidad del técnico superior en imagen para el diagnóstico garantizar que se sigan estos protocolos de manera adecuada.
Aquí tienes algunos resultados relacionados con este tema:

1. Importancia de la Evaluación de Protocolos Radiológicos: La evaluación de protocolos radiológicos es esencial para optimizar la calidad de las imágenes, minimizar la exposición a la radiación y garantizar la seguridad del paciente. Los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico desempeñan un papel clave en esta tarea.

2. Garantizar el Cumplimiento de las Directrices: Los técnicos deben asegurarse de que se sigan las directrices y protocolos establecidos por las autoridades reguladoras y los profesionales médicos. Esto incluye la selección adecuada de parámetros técnicos, posicionamiento del paciente y uso de dispositivos de protección.

3. Optimización de la Dosimetría: La minimización de la exposición a la radiación es esencial. Los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico deben trabajar en colaboración con los radiólogos y físicos médicos para optimizar la dosis de radiación utilizada en cada procedimiento.

4. Evaluación Continua y Actualización: La radiología es un campo en constante evolución. Los técnicos deben mantenerse actualizados sobre los avances tecnológicos y las mejores prácticas en la adquisición de imágenes radiológicas y ajustar los protocolos en consecuencia.

5. Seguridad del Paciente: La seguridad del paciente es primordial. Los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico deben verificar que se tomen todas las precauciones necesarias para prevenir lesiones y garantizar un entorno seguro durante los procedimientos radiológicos.

6. Colaboración Interprofesional: Trabajar en estrecha colaboración con radiólogos, físicos médicos y otros profesionales de la salud es esencial para garantizar la calidad de las imágenes y el diagnóstico preciso.

7. Documentación y Registro: Es importante llevar un registro detallado de los procedimientos radiológicos realizados, los parámetros utilizados y cualquier incidencia. Esto facilita la evaluación retrospectiva y la mejora continua de los protocolos.

8. Educación y Formación: Los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico deben participar en programas de educación continua para mejorar sus habilidades y conocimientos en la evaluación y aplicación de protocolos radiológicos.

La responsabilidad del técnico superior en imagen para el diagnóstico en la evaluación de protocolos radiológicos es crucial para garantizar la calidad de las imágenes y contribuir al diagnóstico preciso de enfermedades y lesiones en los pacientes. Este proceso requiere conocimientos actualizados, colaboración interprofesional y un enfoque en la seguridad del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

La evaluación de protocolos radiológicos es una responsabilidad esencial del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) que tiene un impacto significativo en la atención médica. A lo largo de esta evaluación, los TSID deben garantizar que los procedimientos radiológicos se lleven a cabo de manera óptima, de acuerdo con estándares y protocolos establecidos, con un enfoque en la obtención de imágenes de alta calidad y la seguridad del paciente.

Una conclusión más detallada nos lleva a destacar varios puntos clave:
1. Calidad de las Imágenes: Los TSID desempeñan un papel crucial en la obtención de imágenes de alta calidad, ya que son responsables de configurar y ajustar los equipos radiológicos, así como de garantizar que se sigan las técnicas de posicionamiento adecuadas. La calidad de las imágenes es esencial para un diagnóstico preciso.
2. Dosimetría: La dosis de radiación utilizada en procedimientos radiológicos

debe ser la mínima necesaria para obtener información diagnóstica adecuada. Los TSID deben colaborar estrechamente con los físicos médicos y los radiólogos para optimizar la dosimetría y minimizar la exposición a la radiación del paciente.
3. Seguridad del Paciente: Los TSID son responsables de garantizar un entorno seguro durante los procedimientos radiológicos. Esto incluye la protección del paciente mediante el uso de dispositivos de blindaje y la verificación de que se sigan las prácticas de radioprotección.
4. Evaluación Continua: La evaluación de protocolos radiológicos es un proceso en constante evolución. Los TSID deben mantenerse actualizados sobre las últimas investigaciones y avances tecnológicos para adaptar y mejorar los protocolos en consecuencia.
5. Documentación y Registro: Llevar un registro detallado de todos los procedimientos radiológicos realizados es esencial para el seguimiento y la revisión de la calidad de la atención. Esto también puede ser importante en caso de auditorías o revisiones de calidad.
6. Colaboración Interprofesional: La cooperación efectiva con radiólogos, físicos médicos y otros profesionales de la salud es fundamental para asegurar la calidad de las imágenes y la precisión diagnóstica.
7. Educación y Formación Continua: Los TSID deben comprometerse con la educación continua para mantener y mejorar sus habilidades y conocimientos en la evaluación y aplicación de protocolos radiológicos.

En resumen, la evaluación de protocolos radiológicos no solo es una parte esencial de la práctica del técnico superior en imagen para el diagnóstico, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. Los TSID desempeñan un papel crítico en la obtención de imágenes de alta calidad que respaldan un diagnóstico preciso y una atención de salud efectiva y segura. Su dedicación a la mejora continua y la adhesión a las mejores prácticas son esenciales para el éxito en esta función.

## 6 Bibliografía

1. Radiología Básica por María José García Santos.
2. Fundamentos de Radiología Diagnóstica por William E. Brant y Clyde Helms.
3. Técnicas de imagen para el diagnóstico en medicina por Stewart C. Bushong.

## Capítulo 514

# IMAGENOLOGÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

GLORIA CERDÁ REQUENA

## 1 Introducción

La imagiología pediátrica es una disciplina fundamental en el campo de la salud, que se enfoca en la obtención de imágenes médicas de niños y adolescentes con el fin de diagnosticar y tratar diversas condiciones médicas. La imageno logía en pacientes pediátricos representa un desafío único para los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico, ya que implica consideraciones especiales que van más allá de las prácticas estándar utilizadas en adultos.

Los pacientes pediátricos son una población especialmente vulnerable y requieren un enfoque cuidadoso y compasivo durante todo el proceso de imagenología. Desde la preparación inicial hasta la obtención de las imágenes y la comunicación de los resultados, los técnicos deben tener en cuenta una serie de factores cruciales, como la edad del paciente, su nivel de desarrollo, sus necesidades emocionales y físicas, así como la naturaleza de la enfermedad o lesión que se está investigando.

En esta introducción, exploraremos las consideraciones clave que los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico deben tener en cuenta al trabajar con pacientes pediátricos. Analizaremos los desafíos y las técnicas específicas que se utilizan para garantizar la seguridad, la precisión y el confort de los niños y adolescentes durante los procedimientos de imagenología. Además, destacaremos la importancia de la comunicación efectiva con los pacientes jóvenes y sus familias, así como la colaboración interdisciplinaria con el personal médico y de enfermería para lograr diagnósticos precisos y brindar un nivel óptimo de atención médica.

En un mundo donde la tecnología médica avanza constantemente y la imagenología desempeña un papel cada vez más crucial en el diagnóstico y el seguimiento de enfermedades pediátricas, los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico desempeñan un papel esencial. Su capacidad para adaptarse a las necesidades únicas de los pacientes jóvenes y su experiencia en la obtención de imágenes de alta calidad son elementos fundamentales para garantizar la salud y el bienestar de la próxima generación. A lo largo de este estudio, exploraremos en detalle las técnicas, los protocolos y las mejores prácticas que los técnicos deben dominar para proporcionar una atención excepcional a los pacientes pediátricos y contribuir de manera significativa al campo de la imagenología médica.

## 2 Objetivos

1. Diagnóstico Preciso: El objetivo principal es obtener imágenes de alta calidad que permitan un diagnóstico preciso de las condiciones médicas en pacientes pediátricos.
2. Seguridad del Paciente: La seguridad del paciente es una prioridad fundamental. Los técnicos deben garantizar que los procedimientos de imagenología sean seguros y minimicen la exposición a la radiación ionizante, cuando sea necesario.

## 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

La imagenología en pacientes pediátricos es una disciplina médica importante que requiere consideraciones especiales por parte del técnico superior en imagen para el diagnóstico. Aquí tienes algunos aspectos clave a tener en cuenta:

- Dosis de radiación reducida: Los pacientes pediátricos son más sensibles a la radiación que los adultos, por lo que es esencial minimizar la dosis de radiación al realizar estudios de imágenes diagnósticas como radiografías, tomografías computarizadas (TC) y fluoroscopias. Los técnicos deben seguir las directrices de dosis pediátricas establecidas por las autoridades sanitarias.

- Inmovilización y colaboración: Los niños a menudo tienen dificultades para mantenerse inmóviles durante los procedimientos de imagenología. Los técnicos deben ser hábiles en la comunicación y la colaboración con los niños y sus padres para asegurar la cooperación y la calidad de la imagen.

- Equipamiento pediátrico: Los hospitales deben contar con equipos específicos para pacientes pediátricos, incluyendo adaptadores y técnicas de imagen especializadas para ajustarse al tamaño y las necesidades de los niños.

- Entorno amigable para niños: La sala de radiología debe estar diseñada para que los niños se sientan cómodos y menos ansiosos. Pueden usarse decoraciones o distracciones visuales, como imágenes o videos, para reducir el estrés.

- Comunicación efectiva: Los técnicos deben explicar de manera clara y amigable los procedimientos a los niños, utilizando un lenguaje adaptado a su edad y nivel de comprensión. La comunicación con los padres también es esencial para obtener información médica relevante y para tranquilizarlos.

- Evaluación de la edad ósea: En estudios de radiología, especialmente en radiografías de crecimiento, se utiliza la evaluación de la edad ósea para determinar el desarrollo esquelético de un niño. Esto es crucial para evaluar el crecimiento

y el desarrollo normales, así como para identificar problemas médicos.

- Sedación y anestesia: En algunos casos, puede ser necesario utilizar sedación o anestesia para mantener a los niños inmóviles durante procedimientos más largos o invasivos. Esto debe ser realizado por profesionales médicos capacitados y en un entorno adecuado.

- Registro y documentación precisa: Es importante mantener registros detallados de los procedimientos realizados en pacientes pediátricos, incluyendo la dosis de radiación, la técnica utilizada y cualquier observación relevante.

- Seguridad radiológica: Los técnicos deben seguir estrictamente las normativas de seguridad radiológica para proteger a los niños, a ellos mismos y a otros trabajadores de la salud de la exposición innecesaria a la radiación.

- Formación continua: Los técnicos en imagen para el diagnóstico deben recibir formación continua sobre las últimas técnicas y protocolos específicos para la imagenología pediátrica, ya que la atención pediátrica es un campo en constante evolución.

La imagenología en pacientes pediátricos requiere un enfoque especializado y compasivo por parte de los técnicos en imagen para el diagnóstico. La seguridad y el bienestar de los niños son fundamentales en este campo, y es esencial seguir las mejores prácticas y directrices específicas para garantizar una atención de alta calidad.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, la imagenología en pacientes pediátricos representa un campo crucial de la radiología que exige una atención y consideraciones especiales por parte de los técnicos en imagen para el diagnóstico. Esta disciplina se caracteriza por su enfoque en los niños, quienes presentan diferencias significativas en comparación con los pacientes adultos, tanto en términos de anatomía como de fisiología, además de requerir una atención más compasiva y cuidadosa.

Una de las consideraciones más destacadas es la necesidad de reducir la dosis de radiación utilizada en los estudios de imagen pediátrica. Los niños son más sensibles a la radiación que los adultos, y la exposición innecesaria puede tener consecuencias a largo plazo. Por lo tanto, los técnicos deben seguir estrictamente las directrices de dosis pediátricas establecidas por las autoridades sanitarias, em-

plear técnicas de reducción de dosis y utilizar equipos diseñados específicamente para pacientes pediátricos.

La colaboración y la comunicación efectiva son fundamentales al trabajar con niños. Los técnicos deben ser hábiles en la interacción con los niños y sus padres, explicando los procedimientos de manera clara y amigable, adaptándose al nivel de comprensión de cada paciente. Esto contribuye a reducir la ansiedad y a asegurar la cooperación, lo que a su vez mejora la calidad de las imágenes obtenidas.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 515

# FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

CATALINA MARTINEZ

## 1 Introducción

En el entorno hospitalario, la farmacia desempeña un papel esencial en la prestación de atención médica de calidad. Su función abarca desde el almacenamiento y la dispensación de medicamentos hasta la gestión de inventario y la colaboración con otros profesionales de la salud. Sin embargo, detrás de cada uno de estos procesos, existe un elemento crucial que a menudo pasa desapercibido pero que es esencial para el funcionamiento óptimo de este servicio: el celador de farmacia.

Los celadores, a menudo considerados como la columna vertebral del sistema hospitalario, tienen una presencia constante y activa en el servicio de farmacia. Su labor va mucho más allá de llevar a cabo tareas rutinarias; desempeñan un rol multifacético que tiene un impacto significativo tanto en la eficiencia como en la seguridad de la atención médica que se brinda a los pacientes.

Una de las funciones primordiales del celador en el servicio de farmacia es la distribución segura de medicamentos. Este proceso implica la verificación meticulosa de los pedidos de medicamentos, la etiquetación precisa y la entrega oportuna a las áreas clínicas correspondientes. Los celadores deben asegurarse de que los medicamentos sean administrados de acuerdo con las indicaciones médicas, evitando errores que puedan poner en riesgo la vida de los pacientes. Su presencia constante y su compromiso con la seguridad son cruciales para minimizar los riesgos asociados con la administración de medicamentos.

Además, los celadores de farmacia son a menudo la primera línea de contacto con los pacientes que acuden a recoger sus medicamentos. En este sentido, desempeñan un papel importante al proporcionar información básica sobre los medicamentos, responder preguntas generales y brindar apoyo a los pacientes en momentos en que pueden estar experimentando ansiedad o preocupación relacionada con su tratamiento médico. Esta interacción directa con los pacientes contribuye a mejorar la experiencia del paciente y su comprensión de los medicamentos recetados.

La labor del celador no se limita a las interacciones con los pacientes, sino que también incluye una estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como farmacéuticos y enfermeras. Trabajando en conjunto, los celadores ayudan a mantener un flujo eficiente de información y suministros entre el servicio de farmacia y las áreas clínicas, asegurando que los médicos y enfermeras tengan acceso a los medicamentos necesarios en el momento adecuado.

## 2 Objetivos

- Informar sobre el papel del celador en el servicio de farmacia de un hospital.

## 3 Metodología

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

# 4 Resultados

El papel del celador en el servicio de farmacia de un hospital o centro de atención médica es crucial para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro del área. A continuación, se describen algunas de las funciones típicas que un celador puede desempeñar en el servicio de farmacia:

1. **Control de Acceso:** El celador puede ser responsable de controlar el acceso al área de la farmacia para garantizar que solo el personal autorizado y los pacientes tengan entrada. Esto es esencial para mantener la seguridad y la integridad de los medicamentos.

2. **Recepción de Medicamentos:** Los celadores pueden recibir los suministros de medicamentos y materiales que llegan a la farmacia. Esto implica verificar las entregas, asegurarse de que estén correctamente etiquetadas y almacenarlos adecuadamente.

3. **Distribución Interna:** Los celadores pueden ser responsables de transportar los medicamentos y suministros dentro del hospital o centro médico, asegurándose de que lleguen a las áreas correctas y se entreguen a tiempo a los pacientes y al personal médico.

4. **Mantenimiento del Área:** Esto incluye tareas como mantener limpios y organizados los estantes y áreas de almacenamiento de medicamentos, así como garantizar que los productos estén en su lugar y etiquetados correctamente.

5. **Soporte al Personal de Farmacia:** Los celadores pueden ayudar al personal de farmacia en tareas como la preparación de dosis unitarias, la etiquetación de medicamentos y la gestión de inventario. También pueden colaborar en la organización de las recetas médicas y en la atención al paciente.

6. **Transporte de Pacientes:** En algunos casos, los celadores pueden ser responsables de transportar a los pacientes desde las áreas de atención médica hasta la farmacia y viceversa, especialmente si es necesario recoger medicamentos recetados.

7. **Atención al Paciente:** Los celadores pueden interactuar con los pacientes que llegan a la farmacia para recoger sus medicamentos. Pueden proporcionar información básica sobre la disponibilidad de los medicamentos y el proceso de recogida.

8. **Seguridad:** Garantizar la seguridad en el manejo de medicamentos es fundamental. Los celadores deben seguir protocolos estrictos para prevenir errores en la administración y el almacenamiento de medicamentos.

9. **Comunicación:** Mantener una comunicación efectiva con el personal de farmacia y otros departamentos es esencial para garantizar una atención de calidad y la disponibilidad de medicamentos necesarios.

10. **Colaboración en Emergencias:** En situaciones de emergencia, como desastres naturales o eventos inusuales que afecten al suministro de medicamentos, los celadores pueden desempeñar un papel importante en la movilización de recursos y la atención a los pacientes.

Estas funciones pueden variar según el hospital o centro de atención médica, pero en general, los celadores en el servicio de farmacia desempeñan un papel esencial en el funcionamiento eficiente y seguro de este importante servicio de atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en el servicio de farmacia son fundamentales para asegurar la operación eficiente y segura de esta área crucial en un hospital o centro de atención médica. Los celadores desempeñan un papel multifacético que abarca desde el control de acceso y la recepción de medicamentos hasta la distribución interna, el mantenimiento del área y la atención al paciente. Su contribución es esencial para garantizar que los medicamentos se administren correctamente, que los suministros estén disponibles cuando se necesiten y que se mantenga un entorno seguro y ordenado en la farmacia. En última instancia, los celadores son un eslabón clave en la cadena de atención médica, trabajando en estrecha colaboración con el personal de farmacia y otros departamentos para brindar un servicio de calidad a los pacientes.

## 6 Bibliografía

1.Fayos Monzó, E. Análisis de la actuación del celador en el servicio de farmacia hospitalaria. aspectos generales descritos en la literatura científica actual. [Revista en Internet]. Ocronos (2021); 4(7): 50. celador-farmacia-hospitalaria/
2.Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la

Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes).
Presno Rodríguez M., García Iglesias, O., Presno Rodríguez J.L., Presno Rodríguez, L., Presno Granda, I., Menéndez García, M.J. Funciones del celador en farmacia. [Revista en Internet]. Ocronos (2021); 4(5): 236.

## Capítulo 516

# FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE RADIOLOGÍA

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

CATALINA MARTINEZ

## 1 Introducción

El papel del celador en el entorno de la radiología es de suma importancia para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de este departamento vital en el ámbito de la atención médica. Los celadores, a menudo denominados técnicos en radiología o asistentes de radiología, desempeñan una serie de funciones esenciales que contribuyen al éxito de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento basados en la radiografía, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y otros métodos de imagenología médica.
El término ”celador” suele asociarse comúnmente a la atención en hospitales, clínicas y centros médicos, y aunque su trabajo puede variar ligeramente según el entorno específico, sus funciones dentro del departamento de radiología tienen características fundamentales que deben cumplir con precisión y profesionalismo.

En primer lugar, los celadores son responsables de la preparación de los pacientes antes de someterse a procedimientos de imagenología. Esto incluye explicar el proceso de manera clara y tranquilizadora, ayudar a los pacientes a cambiar de ropa si es necesario y asegurarse de que estén cómodos y posicionados correctamente para la exploración. Además, deben asegurarse de que los pacientes hayan retirado cualquier objeto metálico o cualquier elemento que pueda interferir con las imágenes, como joyas, piercings o prótesis.

Una vez que los pacientes están listos, los celadores tienen la responsabilidad de operar y supervisar la maquinaria de radiología. Esto implica seguir procedimientos de seguridad y control de calidad rigurosos para garantizar que los equipos estén calibrados y funcionando correctamente, y que se utilice la menor cantidad de radiación posible para obtener imágenes claras y precisas. La seguridad del paciente y del personal es una prioridad, y los celadores deben estar capacitados en protocolos de seguridad radiológica y protección contra la radiación.
Además de operar la maquinaria, los celadores también desempeñan un papel fundamental en la adquisición de las imágenes. Esto implica la colocación precisa de los pacientes y la supervisión de la adquisición de imágenes en tiempo real para asegurarse de que se obtengan los cortes y vistas necesarios. En algunos casos, pueden ser responsables de la administración de medios de contraste para realzar la visibilidad de ciertos tejidos y estructuras.
Otra función importante de los celadores en radiología es el cuidado y mantenimiento de los registros y documentos relacionados con los procedimientos de imagenología. Esto incluye la documentación de los datos de los pacientes, las dosis de radiación utilizadas y cualquier evento inusual que pueda haber ocurrido durante la exploración. La precisión en la documentación es esencial para la continuidad de la atención y el seguimiento de los pacientes.
Los celadores también desempeñan un papel crucial en la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias. Deben ser capaces de proporcionar información sobre los procedimientos de imagenología y ayudar a tranquilizar a los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados. La empatía y la habilidad para lidiar con situaciones delicadas son habilidades importantes en esta función.

## 2 Objetivos

- Informar sobre las funciones de un celador dentro de un departamento de radiología.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

Las funciones de un celador dentro de un departamento de radiología pueden variar según la institución médica y las políticas internas, pero generalmente incluyen las siguientes responsabilidades:
1. Preparación de la sala: Asegurarse de que la sala de radiología esté limpia y ordenada antes de cada procedimiento. Esto incluye asegurarse de que todos los suministros y equipos estén en su lugar.
2. Asistencia al paciente: Ayudar a los pacientes a prepararse para los procedimientos radiológicos, explicándoles el proceso y asegurándose de que estén cómodos y seguros.
3. Transporte de pacientes: Ayudar en el transporte de pacientes desde las áreas de espera o habitaciones de hospital hasta la sala de radiología, y viceversa, garantizando la seguridad y comodidad del paciente.
4. Colaboración con el personal médico: Trabajar en estrecha colaboración con radiólogos y tecnólogos radiológicos para preparar a los pacientes y asistir durante los procedimientos, proporcionando el apoyo necesario.
5. Manejo de equipos: Asegurarse de que los equipos radiológicos estén en condiciones adecuadas para su uso, y notificar a los técnicos radiológicos sobre cualquier problema o necesidad de mantenimiento.
6. Control de calidad: Participar en el control de calidad de los procedimientos radiológicos, siguiendo los protocolos establecidos para garantizar la precisión de las imágenes.
7. Registro de datos: Mantener registros precisos de la información del paciente y los procedimientos realizados, siguiendo los procedimientos y políticas de la institución médica.
8. Seguridad radiológica: Asegurarse de que se cumplan todas las normas de seguridad radiológica, incluyendo el uso adecuado de delantales de plomo y dispositivos de protección para los pacientes y el personal.

9. Atención a emergencias: Estar preparado para responder a situaciones de emergencia, como la necesidad de evacuar a un paciente durante un procedimiento radiológico.
10. Comunicación con el paciente y familiares: Proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones de manera comprensiva y respetuosa.
11. Mantenimiento del área de trabajo: Mantener la sala de radiología ordenada y desinfectada, siguiendo los protocolos de limpieza y esterilización.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones de un celador dentro de un departamento de radiología son cruciales para el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno médico. A través de una serie de responsabilidades variadas, estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la atención al paciente y en la operación de los procedimientos radiológicos.
La preparación de la sala y la garantía de que esté en condiciones adecuadas son tareas esenciales para asegurar que los procedimientos radiológicos se realicen sin contratiempos. Esto incluye la disposición adecuada de suministros y la verificación de que los equipos estén listos para su uso. Además, los celadores desempeñan un papel fundamental en la asistencia a los pacientes, proporcionando orientación y apoyo para que se sientan cómodos y seguros durante los procedimientos.
El transporte de pacientes desde y hacia la sala de radiología es una responsabilidad crítica que implica no solo mover físicamente a los pacientes, sino también garantizar su bienestar y seguridad durante todo el proceso. La colaboración con el personal médico, incluidos radiólogos y tecnólogos radiológicos, es esencial para garantizar que los procedimientos se realicen con precisión y eficiencia, lo que contribuye a un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.
Los celadores también tienen un papel en el control de calidad de los procedimientos radiológicos, ayudando a mantener los estándares de precisión y seguridad. La gestión de datos y el registro preciso son fundamentales para el seguimiento de los pacientes y la trazabilidad de los procedimientos. Asimismo, la seguridad radiológica, que incluye el uso de equipo de protección y el cumplimiento de normas, es vital para la seguridad del personal y los pacientes.
En situaciones de emergencia, los celadores deben estar preparados para actuar rápidamente y con calma, lo que puede incluir evacuar a un paciente en caso de una emergencia médica. Además de estas responsabilidades técnicas, los

celadores también desempeñan un papel importante en la comunicación con los pacientes y sus familias, brindando apoyo emocional y respondiendo a preguntas y preocupaciones.
Finalmente, el mantenimiento del área de trabajo, que implica mantener la sala de radiología limpia y desinfectada, contribuye a la seguridad y la eficiencia en el departamento de radiología.
En resumen, la función del celador dentro de la radiología es variada y fundamental para garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura, eficiente y que los pacientes reciban la atención que necesitan. Su contribución, aunque a menudo en segundo plano, es esencial para el funcionamiento exitoso de un departamento de radiología en un entorno de atención médica.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 517

# EL CELADOR DESCRIBE EL USO DE LA EPISIOTOMÍA EN LOS PARTOS EUTÓCICOS COMO USO SISTEMÁTICO

JESUS AYERRA GARCÍA-OCHOA

AURORA ARIAS CARRERO

GERARDO DÍAZ FUNEZ

JULIO SORIA MARTÍNEZ

CATALINA MARTINEZ

## 1 Introducción

La episiotomía es un procedimiento médico que ha sido objeto de debate y discusión en el campo de la obstetricia durante décadas, especialmente en el contexto de los partos eutócicos, es decir, aquellos partos vaginales que transcurren sin complicaciones aparentes. En este artículo, profundizaremos en el uso de la episiotomía como una práctica sistemática durante los partos eutócicos y examinaremos su relevancia, sus criterios de aplicación y el papel fundamental que desempeña el celador en este proceso.

La episiotomía es una incisión controlada que se realiza en el perineo, la zona entre la vagina y el ano, con el objetivo de ampliar el canal de parto y facilitar

el nacimiento del bebé. Aunque tradicionalmente se ha considerado una técnica estándar en el parto vaginal, su uso sistemático ha disminuido en las últimas décadas debido a una mayor comprensión de sus posibles implicaciones y a una creciente atención a las preferencias de las madres y su bienestar.

El papel del celador en el contexto de la episiotomía durante los partos eutócicos es multifacético. En primer lugar, el celador desempeña un rol crucial en el apoyo emocional y físico de la madre durante todo el proceso de parto. Esto implica brindar consuelo, información y tranquilidad a la madre, así como colaborar estrechamente con el equipo médico para garantizar que se sigan los procedimientos adecuados.

Además, el celador debe estar familiarizado con los criterios clínicos que indican la necesidad de una episiotomía. Estos criterios incluyen la evaluación de la posición del bebé, la duración del trabajo de parto, la capacidad del perineo de la madre para estirarse de manera adecuada, entre otros. La toma de decisiones en cuanto a la realización de una episiotomía debe ser respaldada por evidencia médica sólida y estar en línea con las pautas y protocolos establecidos.

Sin embargo, es esencial señalar que la episiotomía no está exenta de controversia. Ha habido un cambio de paradigma hacia un enfoque más conservador, donde se busca evitar la episiotomía rutinaria y se promueve la preservación del perineo natural siempre que sea posible. En este contexto, el celador también tiene la responsabilidad de garantizar que se respeten las decisiones y preferencias de la madre en la medida de lo posible.

En este artículo, exploraremos en detalle estos aspectos clave del uso de la episiotomía en partos eutócicos, considerando tanto las implicaciones médicas como las éticas. También examinaremos alternativas a la episiotomía y cómo el celador puede colaborar en la promoción de un enfoque centrado en la madre y en la búsqueda del mejor resultado para ella y su bebé en el proceso de parto.

## 2 Objetivos

- Proporcionar al lector información exhaustiva y precisa sobre la episiotomía, sus indicaciones, procedimiento, y cómo se relaciona con los partos eutócicos.
- Educar al lector sobre las alternativas a la episiotomía, como el parto natural sin episiotomía, para que puedan tomar decisiones informadas y discutir sus preferencias con su equipo médico.

## 3 Metodología

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

La episiotomía es un procedimiento médico que se utiliza en algunos partos para realizar una incisión controlada en el perineo (la zona entre la vagina y el ano) de una mujer para ampliar el canal de parto. El objetivo principal de la episiotomía es facilitar la salida del bebé durante el parto y prevenir desgarros perineales graves. Sin embargo, su uso sistemático ha sido objeto de debate y ha disminuido en los últimos años debido a varias razones. Aquí tienes algunos puntos clave sobre el uso de la episiotomía en partos eutócicos (partos vaginales normales y sin complicaciones) y la perspectiva del celador:

- Definición de Parto Eutócico: Un parto eutócico se refiere a un parto vaginal normal y sin complicaciones, donde el bebé se presenta en la posición adecuada y el proceso de parto progresa de manera natural.
- Riesgos de la Episiotomía**: Aunque la episiotomía puede ayudar a prevenir desgarros graves del perineo, también conlleva riesgos, como infección, dolor, dificultades en la recuperación posparto y molestias sexuales a largo plazo.
-Uso Sistemático**: El uso sistemático de la episiotomía en partos eutócicos ha disminuido en las últimas décadas debido a la evidencia que sugiere que no es necesario en todos los casos. Los profesionales de la salud, incluidos los obstetras y las matronas, tienden a reservarla para situaciones específicas en las que se considera beneficiosa, como cuando el bebé necesita ser entregado rápidamente o en casos de distocia de hombros.
-Evaluación Individual**: En la actualidad, se enfatiza la importancia de evaluar individualmente la necesidad de realizar una episiotomía en lugar de utilizarla de manera rutinaria. Se prefiere la espera y la atención cuidadosa a la progresión del parto antes de decidir si se necesita una episiotomía.
-Consentimiento Informado**: El consentimiento informado de la madre es esencial antes de realizar una episiotomía. Los profesionales de la salud deben explicar los riesgos y beneficios de la intervención y permitir que la madre tome una decisión informada.
-Papel del Celador**: El celador en una sala de partos puede desempeñar un pa-

pel de apoyo importante, garantizando que la madre esté cómoda y tranquila durante el parto. También puede ayudar en la preparación del equipo médico necesario para la episiotomía si se decide que es necesaria, además de brindar apoyo emocional a la madre y su familia.

El uso de la episiotomía en partos eutócicos se ha vuelto menos sistemático en la práctica médica actual. Se prefiere evaluar individualmente la necesidad de realizar una episiotomía en función de las circunstancias de cada parto y buscar el consentimiento informado de la madre. El celador puede desempeñar un papel importante en brindar apoyo físico y emocional durante el proceso de parto.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el uso de la episiotomía en partos eutócicos, o partos vaginales normales y sin complicaciones, ha experimentado una evolución significativa en las prácticas obstétricas en las últimas décadas. En el pasado, la episiotomía se realizaba de manera sistemática en muchos casos, con la creencia de que prevenir desgarros perineales graves era esencial para la salud de la madre y para facilitar el parto. Sin embargo, la evidencia científica acumulada y las preocupaciones por los riesgos asociados han llevado a un cambio en la perspectiva médica.

Hoy en día, se prefiere una evaluación individualizada de la necesidad de la episiotomía en lugar de su uso rutinario. Los profesionales de la salud, como obstetras y matronas, siguen una serie de pautas para determinar cuándo es apropiado realizar una episiotomía. Estas pautas pueden incluir situaciones en las que el bebé necesita ser entregado rápidamente o cuando existe una distocia de hombros que impide su paso por el canal de parto.

Un aspecto crucial en la toma de decisiones es el consentimiento informado de la madre. Los profesionales médicos deben explicar detalladamente los riesgos y beneficios de la episiotomía, permitiendo que la madre participe activamente en la elección de esta intervención. El consentimiento informado es esencial para garantizar que la madre tenga un papel decisivo en su atención médica durante el parto.

Además, se ha observado que la episiotomía conlleva riesgos, como infección, dolor, dificultades en la recuperación posparto y molestias sexuales a largo plazo. Estos riesgos se deben sopesar cuidadosamente frente a los posibles beneficios de prevenir desgarros graves. En muchos casos, las estrategias de prevención, como

masajes perineales y la espera cuidadosa a la progresión del parto, se consideran alternativas viables a la episiotomía.

## 6 Bibliografía

La episiotomía no protege contra la incontinencia anal. Acceso 10 mayo de 2015. Disponible en http://www.saludhoy.com/htm/noticias/200
0/ene18b00.html
Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán M. Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2012; 62(2): 115- 121.
Nassar P, Sá RA, Lopes L. Existem benefícios na realizaçao da episiotomía de rotina? Guía clínico baseado em evidencias científicas 2012. Acceso 10 de mayo de 2005. Disponible en: http://www.xoepisio.blogger.com.br/2004_
02_01_archive.html

## Capítulo 518

# IMPORTANCIA DEL LOGOPEDA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

Un equipo multidisciplinario es un grupo de profesionales de diversas disciplinas y especialidades que colaboran de manera conjunta en la atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con el objetivo de abordar de manera integral y efectiva sus necesidades de salud. Estos equipos están diseñados para trabajar en conjunto, aprovechando la experiencia y el conocimiento de cada miembro para brindar una atención más completa y personalizada.

En un equipo multidisciplinario típico, pueden participar médicos de diferentes especialidades (como cirujanos, cardiólogos, oncólogos, etc.), enfermeros, terapeutas físicos y ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, logopedas, nutricionistas y otros profesionales de la salud. Cada uno de estos expertos aporta su conocimiento único y habilidades específicas para abordar los aspectos médicos, emocionales, sociales y funcionales de la salud de un paciente.

La colaboración entre estos profesionales permite una evaluación exhaustiva y una planificación de tratamiento más completa. Por ejemplo, en el tratamiento de un paciente con cáncer, un equipo multidisciplinario puede discutir y decidir la

mejor estrategia que combine cirugía, quimioterapia y radioterapia, y al mismo tiempo proporcionar apoyo emocional y atención de enfermería especializada.

Los equipos multidisciplinarios son especialmente beneficiosos en casos complejos o crónicos, donde se requiere un enfoque integral para abordar todas las necesidades del paciente. La comunicación efectiva y la coordinación entre los miembros del equipo son esenciales para garantizar que la atención sea coherente y centrada en el paciente.
Un equipo multidisciplinario es una colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas para brindar una atención de salud integral y completa. Su objetivo es abordar todas las dimensiones de la salud de un paciente, lo que resulta en una atención eficaz.

## 2 Objetivos

Destacar la importancia del logopeda y sus funciones en varias áreas del servicio 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, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

## 4 Resultados

El logopeda desempeña un papel esencial en el equipo interdisciplinario de atención médica, aportando sus conocimientos especializados en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos de la comunicación, el habla, la deglución y otros aspectos relacionados con la función orofacial. Su papel abarca una serie de áreas clave que contribuyen significativamente al bienestar de los pacientes y a la calidad de la atención médica integral.

Evaluación y diagnóstico preciso: El logopeda es experto en identificar y diagnosticar trastornos de la comunicación y la deglución. Realiza evaluaciones exhausti-

vas que incluyen pruebas específicas para determinar la naturaleza y la gravedad de los problemas, lo que guía el plan de tratamiento.

Planificación de tratamiento personalizado: Cada paciente es único, y el logopeda diseña planes de tratamiento individualizados. Estos planes consideran las necesidades específicas del paciente y establecen objetivos terapéuticos claros para abordar sus dificultades.

Intervención terapéutica: El logopeda lleva a cabo intervenciones terapéuticas que incluyen ejercicios, técnicas y estrategias para mejorar la comunicación, el habla y la deglución. Trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en la atención del paciente.

Coordinación interdisciplinaria: La comunicación fluida y la colaboración con otros miembros del equipo, como médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, son esenciales. El logopeda se asegura de que todos estén al tanto del progreso del paciente y se ajusten a un enfoque de atención coherente.

Rehabilitación y mejora de la calidad de vida: Los trastornos de la comunicación y la deglución pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida. El logopeda trabaja para rehabilitar estas funciones, permitiendo a los pacientes comunicarse efectivamente y disfrutar de una alimentación segura.

Prevención de complicaciones: En entornos hospitalarios y de rehabilitación, el logopeda desempeña un papel crucial en la prevención de complicaciones relacionadas con la deglución, como la aspiración pulmonar. Su intervención temprana puede evitar problemas de salud adicionales.

Educación del paciente y la familia: El logopeda brinda información y orientación a los pacientes y sus familias sobre el trastorno, el proceso de tratamiento y las estrategias para mejorar la comunicación y la deglución. Esto empodera a los pacientes y contribuye a un mayor cumplimiento del tratamiento.

El logopeda es un componente valioso del equipo interdisciplinario de atención médica. Su experiencia especializada en trastornos de la comunicación y la deglución complementa y enriquece la atención integral que se brinda a los pacientes, mejorando su calidad de vida y facilitando su recuperación. Su capacidad para trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud es esencial para garantizar un enfoque completo y efectivo en la atención del paciente.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar el buen funcionamiento de un equipo multidisciplinario en el ámbito de la logopedia y la atención integral de pacientes, es crucial establecer una comunicación efectiva y una colaboración coordinada entre todos los miembros del equipo. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, la comunicación abierta y frecuente es esencial. Los logopedas deben estar dispuestos a compartir sus observaciones, hallazgos y recomendaciones de manera clara y precisa con otros profesionales de diferentes disciplinas. Esto garantiza que todos estén al tanto de los desafíos específicos del paciente y puedan adaptar sus intervenciones en consecuencia.

En segundo lugar, la formación continua y la educación mutua son fundamentales. Los logopedas deben estar actualizados sobre las últimas investigaciones y avances en logopedia, y al mismo tiempo, deben estar dispuestos a aprender de otros especialistas. Esto fomenta un ambiente de aprendizaje colaborativo en el que todos pueden beneficiarse de la experiencia de los demás.

Una comunicación abierta y la disposición para aprender y compartir conocimientos son las claves para el buen funcionamiento de un equipo multidisciplinario en logopedia. Esto asegura una atención integral y centrada en el paciente, lo que, en última instancia, mejora la calidad de vida de los pacientes que requieren intervención logopeda.

## 6 Bibliografía

Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

## Capítulo 519

# EL LOGOPEDA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

Los pacientes con DCA, que significa Daño Cerebral Adquirido, son individuos que han sufrido lesiones cerebrales después del nacimiento debido a diversas causas, como traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales, infecciones del sistema nervioso, entre otros. Estas lesiones pueden tener un impacto significativo en las funciones cognitivas, físicas y emocionales de una persona.

Los pacientes con DCA pueden experimentar una amplia gama de síntomas y discapacidades, que van desde dificultades en el habla y el lenguaje, problemas de memoria y atención, hasta dificultades para moverse y realizar actividades diarias. La rehabilitación es una parte fundamental de la atención para estos pacientes, y puede involucrar a diversos profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas y neuropsicólogos, que trabajan en equipo para ayudar a mejorar la calidad de vida y la independencia de los pacientes.

La atención a pacientes con DCA es altamente personalizada, ya que las necesidades y desafíos pueden variar ampliamente de un individuo a otro. Un enfoque

multidisciplinario y centrado en el paciente es esencial para proporcionar la atención y el apoyo necesarios para la rehabilitación y la adaptación a la vida después de un daño cerebral adquirido en la que se incluya una mejor calidad de vida.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del logopeda en el tratamiento de pacientes con DCA.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

El logopeda desempeña un papel crucial en la atención de pacientes con DCA, ya que las lesiones cerebrales pueden afectar significativamente las habilidades de comunicación y deglución de un individuo. Aquí se detallan las principales funciones del logopeda en el tratamiento de estos pacientes:

Evaluación inicial: El logopeda realiza una evaluación exhaustiva de las habilidades de comunicación, habla, lenguaje, voz y deglución del paciente con DCA. Esta evaluación ayuda a identificar las áreas específicas de dificultad y establecer un punto de partida para el tratamiento.

Planificación del tratamiento: Basándose en la evaluación, el logopeda elabora un plan de tratamiento individualizado. Este plan se adapta a las necesidades únicas del paciente y puede abordar problemas como la afasia (dificultades en el lenguaje), disartria (dificultades en la articulación), apraxia del habla, disfagia (dificultades en la deglución) y más.

Terapia del habla y el lenguaje: El logopeda trabaja en la rehabilitación del lenguaje y la comunicación. Esto puede incluir ejercicios para mejorar la comprensión del lenguaje, la expresión oral, la lectura y la escritura. Para aquellos con dificultades graves en la comunicación, se pueden utilizar sistemas alternativos

de comunicación, como dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (CAA).

Terapia de la deglución: En pacientes con DCA que presentan problemas de deglución, el logopeda trabaja en la rehabilitación de la deglución segura y efectiva. Esto implica ejercicios y técnicas para fortalecer los músculos utilizados en la deglución y estrategias para prevenir la aspiración de alimentos o líquidos hacia los pulmones.

Entrenamiento en habilidades cognitivas: El logopeda puede proporcionar entrenamiento en habilidades cognitivas, como la memoria, la atención y la resolución de problemas, que pueden verse afectadas por un DCA.

Educación y apoyo a la familia: El logopeda educa a la familia del paciente sobre las dificultades de comunicación y deglución, proporciona estrategias para facilitar la comunicación en el hogar y ofrece apoyo emocional.

Colaboración interdisciplinaria: Trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y neuropsicólogos, es esencial. Esto garantiza una atención integral que aborda todas las necesidades del paciente con DCA.

Seguimiento y ajuste del tratamiento: El logopeda realiza un seguimiento regular del progreso del paciente y ajusta el plan de tratamiento según sea necesario para abordar los cambios en las habilidades y las metas del paciente a medida que avanza en su recuperación.

El logopeda desempeña un papel esencial en la rehabilitación de pacientes con DCA, trabajando en la mejora de la comunicación y la deglución, y contribuyendo significativamente a la calidad de vida y la reintegración de estos individuos en la sociedad.

## 5 Discusión-Conclusión

Para brindar una atención integral al paciente con DCA (Daño Cerebral Adquirido), el logopeda desempeña un papel central. Aquí hay algunas recomendaciones clave para asegurar una atención completa:

En primer lugar, la comunicación abierta y la colaboración interdisciplinaria son esenciales. Trabajar de la mano con otros profesionales de la salud, como

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y neuropsicólogos, permite una comprensión completa de las necesidades del paciente y la coordinación de un plan de tratamiento cohesivo.

En segundo lugar, es importante adaptar el tratamiento a las metas y necesidades específicas del paciente. Cada caso de DCA es único, por lo que la terapia debe ser altamente personalizada. El logopeda debe estar dispuesto a ajustar constantemente el enfoque terapéutico a medida que el paciente avanza en su recuperación.

Además, involucrar a la familia y cuidadores en el proceso terapéutico es fundamental. Brindar capacitación y apoyo a la familia ayuda a crear un entorno de apoyo en el hogar y mejora la calidad de vida del paciente.

La atención integral a pacientes con DCA implica una colaboración estrecha, adaptabilidad y un enfoque centrado en el paciente. El logopeda desempeña un papel clave al proporcionar terapia personalizada y educación a la familia, contribuyendo así a la recuperación y al bienestar general del paciente.

## 6 Bibliografía

1. Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

## Capítulo 520

# AFECTACION DEL FRENILLO LINGUAL EN EL HABLA

MARÍA TERESA MACÍAS JOAQUÍN

ANGÉLICA MUÑOZ FRAILE

RAQUEL CORBACHO FERNÁNDEZ

## 1 Introducción

El frenillo lingual es una pequeña membrana que conecta la parte inferior de la lengua con el suelo de la boca. Su función es crucial en el habla y en diversas actividades orales, como la alimentación. Cuando el frenillo lingual está demasiado corto o tenso, puede causar una afección conocida como ”frenillo lingual corto” o ”ankyloglossia”. Esta afección puede tener un impacto significativo en el habla y la pronunciación.

Un frenillo lingual corto puede limitar la movilidad de la lengua, lo que dificulta la capacidad de articular ciertos sonidos y palabras correctamente. Por ejemplo, puede dificultar la pronunciación de sonidos como ”r”, ”l” y ”s”, así como afectar la capacidad de realizar ciertos movimientos lingüísticos necesarios para la articulación del habla.

En algunos casos, un frenillo lingual corto puede provocar dificultades en la alimentación, especialmente en bebés durante la lactancia materna. También puede causar problemas en la higiene oral, ya que la lengua puede tener dificultades para alcanzar ciertas áreas de la boca.

La corrección de un frenillo lingual corto a través de un procedimiento llamado frenectomía puede mejorar significativamente la movilidad de la lengua y, por lo

tanto, ayudar en la mejora del habla y la pronunciación. Es importante que las personas con esta afección busquen evaluación y orientación de profesionales de la salud, como logopedas y cirujanos orales, para determinar si se necesita intervención y cuál es el mejor enfoque de tratamiento para su caso específico.

## 2 Objetivos

Informar sobre el papel del logopeda en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la afectación del frenillo lingual en el habla.

## 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

El logopeda desempeña un papel esencial en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la afectación del frenillo lingual en el habla. Cuando el frenillo lingual está demasiado corto o tenso (una afección conocida como anquilosis lingual o frenillo lingual corto), puede causar dificultades en la articulación y la pronunciación de sonidos del habla. Aquí se describen las funciones del logopeda en este contexto:
Evaluación inicial: El logopeda realiza una evaluación exhaustiva de la función lingual y su impacto en el habla del paciente. Esto implica observar la movilidad de la lengua, la fonética y la articulación de sonidos específicos que puedan verse afectados por el frenillo lingual corto.
Diagnóstico preciso: Basándose en la evaluación, el logopeda diagnostica la anquilosis lingual y determina su gravedad. Esta información es crucial para planificar el tratamiento adecuado.
Desarrollo de un plan de tratamiento: El logopeda crea un plan de tratamiento individualizado que se adapta a las necesidades específicas del paciente. Esto puede incluir ejercicios de movilidad lingual, terapia de pronunciación y técnicas de articulación.

Terapia y ejercicios: Durante las sesiones de terapia, el logopeda trabaja con el paciente para mejorar la movilidad y la fuerza de la lengua. Esto puede implicar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, así como práctica de pronunciación de sonidos afectados.
Educación y asesoramiento: El logopeda educa al paciente y a sus cuidadores sobre la importancia de seguir las recomendaciones y realizar ejercicios en casa para mejorar la función lingual y el habla.
Seguimiento y ajuste: El progreso del paciente se monitorea de cerca y el logopeda ajusta el plan de tratamiento según sea necesario. El objetivo es mejorar la articulación y la pronunciación de sonidos afectados para lograr un habla clara y efectiva.
Colaboración interdisciplinaria: En algunos casos, el logopeda puede trabajar en estrecha colaboración con cirujanos orales u otros profesionales de la salud para determinar si es necesaria una frenectomía (procedimiento para liberar el frenillo lingual). La decisión se toma en función de la gravedad de la afección y su impacto en el habla.
El logopeda desempeña un papel crucial en la evaluación y tratamiento de la afectación del frenillo lingual en el habla. Su enfoque individualizado y terapia especializada ayudan a los pacientes a superar las dificultades en la articulación y pronunciación, mejorando así su comunicación oral y calidad de vida.

## 5 Discusión-Conclusión

Para un efectivo tratamiento de la afectación del frenillo lingual en el habla, es esencial seguir estas recomendaciones:
En primer lugar, la evaluación temprana y precisa desempeña un papel fundamental. Se debe buscar la ayuda de un logopeda especializado en trastornos del habla para una evaluación exhaustiva. Una vez diagnosticada la anquilosis lingual, es importante comprometerse con la terapia y los ejercicios prescritos. La consistencia en la práctica es clave para obtener resultados positivos. Esto incluye realizar ejercicios de movilidad y fortalecimiento lingual de manera regular y bajo la supervisión del logopeda.
Además, la comunicación abierta con el logopeda es esencial. Pregunte todas sus dudas y comparta cualquier dificultad que encuentre durante el tratamiento. El logopeda puede ajustar el plan de tratamiento según sus necesidades y progreso.
Finalmente, mantenga una actitud positiva y perseverante. La mejora puede llevar tiempo, pero con dedicación y la guía experta del logopeda, es posible lograr una pronunciación clara y una comunicación efectiva.

# 6 Bibliografía

1.- Cobas, C. L., & Gárciga, A. (2020). El logopeda en la institución educativa. Editorial Pueblo y Educación.

## Capítulo 521

# METABOLISMO DEL HIERRO Y DETERMINACIÓN DE LA FERROPENIA EN EL LABORATORIO CLÍNICO POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

## 1 Introducción

El metabolismo del hierro es un proceso fundamental en el organismo humano, ya que el hierro desempeña un papel crucial en una variedad de funciones biológicas esenciales, incluyendo la producción de hemoglobina y la función de enzimas vitales. El equilibrio adecuado de hierro en el cuerpo es crucial para mantener la salud, ya que tanto la deficiencia como el exceso de hierro pueden tener graves implicaciones para la salud.

El laboratorio clínico desempeña un papel fundamental en la detección y determinación de la ferropenia, que es una condición caracterizada por una deficiencia de hierro en el organismo. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio son profesionales clave en este proceso, ya que desempeñan un papel esencial en la recolección, procesamiento y análisis de muestras biológicas para evaluar los niveles de hierro en el cuerpo de los pacientes.

Exploraremos el metabolismo del hierro, su importancia en la salud humana y cómo los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel crucial en la detección de la ferropenia, proporcionando información vital para el diagnóstico y tratamiento de esta afección. Además, se discutirán las principales pruebas y técnicas utilizadas en el laboratorio clínico para evaluar los niveles de hierro y cómo estos profesionales contribuyen a la atención integral de los pacientes.

## 2 Objetivos

- Proporcionar información sobre el metabolismo del hierro y la importancia de mantener un equilibrio adecuado de este mineral en el cuerpo humano.
- Crear conciencia sobre la ferropenia como una condición médica relevante y sus implicaciones.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 metabolismo del hierro y la determinación de la ferropenia en el laboratorio clínico son procesos esenciales para diagnosticar trastornos relacionados con el hierro en el cuerpo. A continuación, te proporcionaré una descripción general de estos procesos y cómo un Técnico Superior en Laboratorio Clínico puede llevar a cabo estas pruebas:

**Metabolismo del Hierro:**
El hierro es un mineral esencial para el cuerpo humano ya que desempeña un papel fundamental en la formación de hemoglobina, la proteína que transporta oxígeno en los glóbulos rojos. El metabolismo del hierro implica la absorción, transporte, almacenamiento y utilización de este mineral en el cuerpo. Aquí hay algunas de las principales etapas del metabolismo del hierro:

1. **Absorción:** El hierro dietético se absorbe principalmente en el intestino delgado, especialmente en el duodeno. Durante esta etapa, el hierro se convierte en una forma soluble en agua llamada hierro ferroso para que pueda ser absorbido por las células intestinales.

2. **Transporte:** Una vez absorbido, el hierro se une a una proteína llamada transferrina y se transporta a través del torrente sanguíneo hacia los tejidos y órganos que lo necesitan.

3. **Almacenamiento:** El hierro que no se necesita de inmediato se almacena en el hígado en forma de ferritina y hemosiderina, que son las principales proteínas de almacenamiento de hierro.

**Determinación de la Ferropenia:**
La ferropenia es una condición en la que el cuerpo no tiene suficiente hierro, lo que puede llevar a la anemia por deficiencia de hierro u otras complicaciones. Para determinar la ferropenia en el laboratorio clínico, un Técnico Superior en Laboratorio Clínico puede realizar una serie de pruebas, que pueden incluir:

1. **Hemograma completo:** Se mide el nivel de hemoglobina en la sangre para evaluar si existe anemia. Los niveles bajos de hemoglobina pueden ser un indicio de ferropenia.

2. **Perfil de hierro en sangre:** Esto implica medir los niveles de hierro en suero, ferritina sérica y capacidad total de fijación del hierro (TIBC) para evaluar el estado del hierro en el cuerpo.

3. **Índices eritrocitarios:** Se calculan parámetros como el Volumen Corpuscular Medio (VCM) y la Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM) para obtener más información sobre el tamaño y la concentración de hemoglobina en los glóbulos rojos.

4. **Pruebas adicionales:** En casos de ferropenia severa o para determinar la causa subyacente, se pueden realizar pruebas adicionales como la electroforesis

de proteínas séricas o pruebas genéticas.

Es importante destacar que el diagnóstico y la determinación de la ferropenia requieren una evaluación integral de los resultados de estas pruebas, junto con la historia clínica del paciente y otros factores clínicos. Un Técnico Superior en Laboratorio Clínico juega un papel crucial en la realización de estas pruebas y en la obtención de resultados precisos que ayuden al médico a diagnosticar y tratar adecuadamente los trastornos del hierro.

## 5 Discusión-Conclusión

Clasificar y diagnosticar la ferropenia y trastornos relacionados con el hierro en el laboratorio clínico es esencial para la atención médica adecuada de los pacientes. Aquí hay algunas conclusiones clave relacionadas con el metabolismo del hierro y la determinación de la ferropenia:

1. **Importancia del Hierro en el Cuerpo:** El hierro es un mineral esencial para el organismo humano debido a su papel crítico en la formación de hemoglobina y, por lo tanto, en el transporte de oxígeno a los tejidos. Un equilibrio adecuado de hierro es fundamental para mantener la salud.

2. **Metabolismo Complejo:** El metabolismo del hierro es un proceso complejo que involucra la absorción, transporte, almacenamiento y utilización de este mineral en el cuerpo. Cada una de estas etapas puede ser evaluada y diagnosticada en el laboratorio clínico.

3. **Pruebas de Laboratorio:** Para determinar la ferropenia y otros trastornos relacionados con el hierro, se realizan pruebas de laboratorio que incluyen el análisis de hemograma completo, perfil de hierro en sangre y otros índices eritrocitarios. Estas pruebas proporcionan información valiosa sobre la cantidad y la disponibilidad de hierro en el cuerpo.

4. **Diagnóstico Integral:** El diagnóstico de la ferropenia no se basa únicamente en los resultados de las pruebas de laboratorio. Los médicos también consideran la historia clínica del paciente, los síntomas y otros factores médicos para llegar a un diagnóstico preciso y determinar la causa subyacente.

5. **Papel del Técnico en Laboratorio Clínico:** Los Técnicos Superiores en Laboratorio Clínico desempeñan un papel crucial en la recopilación, procesamiento y análisis de muestras de pacientes. La precisión en la realización de estas pruebas

es esencial para proporcionar información confiable al equipo médico.

6. **Tratamiento y Seguimiento:** Una vez que se ha diagnosticado la ferropenia, el tratamiento puede incluir suplementos de hierro, cambios en la dieta y, en algunos casos, la identificación y el tratamiento de la causa subyacente. El seguimiento regular es importante para evaluar la eficacia del tratamiento.

7. **Educación al Paciente:** Los pacientes con ferropenia pueden beneficiarse de la educación sobre la importancia de una dieta equilibrada y la adherencia al tratamiento. Los Técnicos en Laboratorio Clínico pueden desempeñar un papel educativo al proporcionar información básica sobre la afección y las recomendaciones del médico.

En resumen, el metabolismo del hierro y la determinación de la ferropenia en el laboratorio clínico son procesos esenciales para el diagnóstico y tratamiento de trastornos relacionados con el hierro. La colaboración entre los Técnicos en Laboratorio Clínico, los médicos y otros profesionales de la salud es fundamental para brindar atención médica de calidad a los pacientes con estas condiciones.

## 6 Bibliografía

1. Surribas P, Gella Concustell A, Cruz Iglesias E, Hermoso Durán S, Urrechaga Igartua E, Alcaide Martín M.J, Merino González A. Estudio de la ferropenia en el laboratorio clínico. Rev. Lab. Clin. 2019; 12(4): e34-e53.
2. Mateos González M.E., de la Cruz Bértolo J, López Laso E, Valdés Sánchez M.D., Nogales Espert A. Anales dew pediatría. 2009; 71(2): 95-102.
3. González Alayón C, Pedrajas Crespo C, Marín Pedrosa S, Benítez JM, Iglesias Flores E, Salgueiro Rodríguez I, Medina Medina R, García-Sánchez V. Prevalencia de déficit de hierro sin anemia en la enfermedad inflamatoria intestinal y su impacto en la calidad de vida. Gastroenterología y Hepatología. 2018; 41(1): 22-29.
Erramouspe B. Determinación de Ferritina Sérica. Hematología. 2012; 16(2): 122-123.

## Capítulo 522

# LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) POR EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

## 1 Introducción

El Lavado Broncoalveolar (BAL) es un procedimiento médico fundamental que desempeña un papel crucial en la evaluación y diagnóstico de una amplia variedad de condiciones pulmonares. Este proceso se realiza con precisión y destreza por Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio, profesionales altamente capacitados en el ámbito de la salud. En esta introducción, exploraremos en profundidad el mundo del BAL, destacando su importancia en la atención de pacientes con trastornos respiratorios y su rol vital en la investigación y avance de la medicina pulmonar.

El BAL es una técnica que implica la inserción de un broncoscopio a través de las vías respiratorias hasta llegar a los bronquios y los alvéolos pulmonares. Una vez

en posición, se administra una pequeña cantidad de solución salina estéril y se aspira de nuevo, recuperando así una muestra del líquido presente en el interior de los pulmones. Esta muestra es posteriormente procesada y analizada en el laboratorio por Técnicos Superiores Sanitarios altamente capacitados.

Este procedimiento es una herramienta invaluable para el diagnóstico de diversas afecciones pulmonares, como infecciones respiratorias, enfermedades autoinmunes, fibrosis pulmonar, neumonitis, entre otras. El BAL permite a los profesionales de la salud obtener una visión detallada de la salud pulmonar de un paciente, identificando células, proteínas, microorganismos y otros componentes que pueden proporcionar pistas esenciales para determinar la causa de los síntomas o el progreso de una enfermedad.

Los Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio desempeñan un papel importante en todo el proceso del BAL. Son responsables de preparar el equipo y los reactivos necesarios, asistir al médico durante el procedimiento, asegurando su seguridad y eficacia, y procesar las muestras recopiladas con precisión y meticulosidad en el laboratorio. Además, desempeñan un papel importante en la interpretación de los resultados, colaborando estrechamente con el equipo médico para proporcionar información crucial que guíe el tratamiento y la atención del paciente.

## 2 Objetivos

- Proporcionar información clara y fácil de entender sobre el procedimiento del BAL y el papel del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio en este proceso. Esto ayuda al lector a comprender de manera efectiva de qué se trata el tema.
- Poner de manifiesto la importancia del Lavado Broncoalveolar en el diagnóstico y tratamiento de trastornos pulmonares.

## 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

El lavado broncoalveolar (BAL, por sus siglas en inglés, Bronchoalveolar Lavage) es un procedimiento médico en el que se introduce una solución salina estéril en los pulmones a través de un broncoscopio y luego se aspira para obtener una muestra de líquido pulmonar y células. Este procedimiento se utiliza principalmente para diagnosticar y evaluar diversas enfermedades pulmonares y afecciones respiratorias. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio pueden desempeñar un papel importante en la realización y procesamiento de las muestras obtenidas mediante el BAL.

A continuación, se detallan algunas de las responsabilidades y resultados que un técnico superior sanitario en laboratorio puede obtener al realizar o asistir en el procedimiento de BAL:

1. Preparación del equipo: Asegurarse de que todo el equipo necesario esté esterilizado y listo para su uso, incluyendo el broncoscopio, la solución salina estéril y otros instrumentos relacionados.
2. Asistencia en el procedimiento: Colaborar con el médico o especialista en realizar el BAL, lo que incluye ayudar con la administración de la solución salina, la aspiración y el monitoreo del paciente durante el procedimiento.
3. Recopilación de muestras: Recopilar y etiquetar cuidadosamente las muestras obtenidas durante el BAL, que pueden incluir líquido pulmonar, células y otros materiales.
4. Procesamiento de muestras: Preparar las muestras recopiladas para su análisis posterior en el laboratorio. Esto puede implicar centrifugar las muestras, separar las células, y preparar láminas para su examen microscópico.
5. Análisis microscópico: Realizar análisis microscópicos de las muestras para identificar cualquier anormalidad celular o patología que pueda ayudar en el diagnóstico de enfermedades pulmonares.
6. Reporte de resultados: Documentar y comunicar los resultados de las pruebas a los médicos y otros profesionales de la salud, lo que puede ser crucial para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con afecciones pulmonares.
7. Mantenimiento del equipo: Realizar el mantenimiento y la limpieza adecuada del equipo utilizado en el procedimiento para garantizar su funcionamiento seguro y eficaz en futuros procedimientos BAL.

Es importante destacar que el BAL es un procedimiento médico que requiere capacitación y experiencia específica. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio deben trabajar bajo la supervisión de profesionales de la salud autorizados y seguir los protocolos y estándares de seguridad establecidos para garantizar la

calidad y precisión de los resultados.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el lavado broncoalveolar (BAL) es un procedimiento importante en el diagnóstico y evaluación de enfermedades pulmonares y afecciones respiratorias. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel esencial en la preparación, realización y procesamiento de muestras durante este procedimiento. Su contribución asegura la obtención de muestras de alta calidad y la generación de resultados precisos que son cruciales para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con problemas pulmonares. Sin embargo, es fundamental que los técnicos trabajen en estrecha colaboración con profesionales de la salud autorizados y sigan protocolos rigurosos para garantizar la seguridad y la eficacia de todo el proceso.

## 6 Bibliografía

1. Instituto de Normas Clínicas y de Laboratorio. Análisis de Fluidos Corporales para la Composición Celular; Guía Aprobada. Documento CLSI H56-A. CLSI 2006.
2. Instituto de Normas Clínicas y de Laboratorio. Análisis de Fluidos Corporales en Química Clínica: Guía Aprobada. Documento CLSI C49. CLSI 2007.
3. Una guía de práctica clínica oficial de la Sociedad Americana de Tórax: la utilidad clínica del análisis celular del lavado broncoalveolar en la enfermedad pulmonar intersticial. Revista Americana de Medicina Respiratoria y Cuidado Crítico. Vol. 185. 2012.

## Capítulo 523

# IMPORTANCIA DE LA PSEUDOMONAS AERUGINOSA PARA EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

ANTONIO GARCIA BLEDA

RAQUEL FUENTES SANTURDE

VANESA GÓMEZ MORALES

JORGE MARTÍ CALLADO

ESTELA FERNÁNDEZ ROMÁN

## 1 Introducción

La Pseudomonas aeruginosa es una bacteria que ocupa un lugar destacado en la microbiología clínica y la salud pública debido a su notable capacidad de adaptación, resistencia a los antibióticos y su implicación en una amplia gama de infecciones nosocomiales y comunitarias. Para un Técnico Superior Sanitario en Laboratorio, comprender la importancia de esta bacteria es esencial, ya que desempeña un papel de suma relevancia en su labor diaria.

En primer lugar, la Pseudomonas aeruginosa es una de las principales causantes de infecciones hospitalarias, conocidas como infecciones nosocomiales, que pueden afectar a pacientes con sistemas inmunológicos debilitados, como

aquellos que se someten a procedimientos médicos invasivos o prolongadas estancias en hospitales. Esta bacteria es especialmente temida debido a su capacidad para desarrollar resistencia a múltiples antibióticos, lo que complica su tratamiento y aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Por lo tanto, la identificación precisa y la sensibilidad antimicrobiana de la Pseudomonas aeruginosa son cruciales para guiar el tratamiento clínico y minimizar la propagación de las infecciones hospitalarias.

Además de su relevancia en el ámbito hospitalario, esta bacteria también es un importante patógeno en pacientes con fibrosis quística, una enfermedad genética crónica que afecta a los pulmones y el sistema respiratorio. En estos casos, la Pseudomonas aeruginosa puede colonizar los pulmones y causar infecciones crónicas, lo que agrava significativamente la enfermedad y reduce la esperanza de vida de los pacientes. Los Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de estas infecciones, lo que permite a los médicos tomar decisiones terapéuticas oportunas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con fibrosis quística.

Adicionalmente, la Pseudomonas aeruginosa es una bacteria de interés en la investigación biomédica debido a su versatilidad genética y su capacidad para sobrevivir en diversos entornos, incluyendo ambientes hospitalarios. Los Técnicos Superiores Sanitarios en Laboratorio desempeñan un papel crucial en la investigación y desarrollo de técnicas de detección, caracterización y seguimiento de esta bacteria, contribuyendo así al avance del conocimiento científico en microbiología clínica.

## 2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la pseudomonas aeruginosa para el técnico superior sanitario en laboratorio.

## 3 Metodología

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

revisadas.

## 4 Resultados

La Pseudomonas aeruginosa es una bacteria que puede tener una gran importancia para un Técnico Superior Sanitario en laboratorio, especialmente en el contexto de la microbiología clínica y la salud pública. Aquí tienes algunos puntos clave sobre la importancia de esta bacteria:

1. **Patogenicidad:** Pseudomonas aeruginosa es un patógeno oportunista que puede causar infecciones graves en pacientes inmunocomprometidos, como aquellos con sistemas inmunológicos debilitados o enfermedades crónicas. Un Técnico Superior Sanitario en laboratorio puede encontrarse con muestras clínicas que contienen esta bacteria, lo que requiere identificación y pruebas de sensibilidad a los antibióticos para determinar el tratamiento adecuado.

2. **Resistencia a los antibióticos:** Pseudomonas aeruginosa es conocida por su capacidad para desarrollar resistencia a múltiples clases de antibióticos. Un Técnico Superior Sanitario debe estar al tanto de las tendencias de resistencia antimicrobiana y realizar pruebas de sensibilidad para ayudar a los médicos a seleccionar los tratamientos más efectivos.

3. **Brotes nosocomiales:** Esta bacteria puede propagarse en entornos hospitalarios y causar brotes de infecciones nosocomiales. Los Técnicos Superiores Sanitarios desempeñan un papel crucial en la detección temprana, el control y la prevención de tales brotes a través del monitoreo de muestras ambientales y clínicas.

4. **Investigación científica:** La Pseudomonas aeruginosa es un organismo modelo importante en la investigación científica debido a su versatilidad y su capacidad para causar infecciones. Los Técnicos Superiores Sanitarios pueden participar en proyectos de investigación relacionados con esta bacteria, lo que contribuye al avance del conocimiento científico y al desarrollo de terapias antimicrobianas más efectivas.

5. **Calidad del agua:** Fuera del ámbito clínico, Pseudomonas aeruginosa también puede encontrarse en fuentes de agua, como piscinas y sistemas de distribución de agua. Los Técnicos Superiores Sanitarios pueden estar involucrados en la supervisión y el control de la calidad del agua para garantizar la seguridad pública.

6. **Bioremediación:** En un contexto más amplio, Pseudomonas aeruginosa es conocida por su capacidad de biodegradación y puede utilizarse en procesos de bioremediación para eliminar contaminantes ambientales. Los Técnicos Superiores Sanitarios pueden estar involucrados en la evaluación de la efectividad de estos procesos.

En resumen, la Pseudomonas aeruginosa es una bacteria importante para un Técnico Superior Sanitario en laboratorio debido a su relevancia en la microbiología clínica, la resistencia a los antibióticos, la prevención de infecciones nosocomiales, la investigación científica y otros aspectos relacionados con la salud pública y la seguridad ambiental. El manejo adecuado de esta bacteria es esencial para el bienestar de los pacientes y la comunidad en general.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la Pseudomonas aeruginosa desempeña un papel significativo en la labor de un Técnico Superior Sanitario en laboratorio. Su importancia radica en su capacidad para causar infecciones graves en pacientes inmunocomprometidos, su tendencia a desarrollar resistencia a los antibióticos y su implicación en brotes nosocomiales. Además, esta bacteria es un organismo modelo en la investigación científica y puede estar presente en entornos acuáticos, lo que requiere una supervisión de calidad del agua. Los Técnicos Superiores Sanitarios tienen un papel crucial en la identificación, control y prevención de infecciones relacionadas con Pseudomonas aeruginosa, contribuyendo tanto a la salud de los pacientes como a la seguridad pública y la investigación científica.

## 6 Bibliografía

1. Prats G. Microbiología y parasitología médicas. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
2. Domarus A von, Rozman Borstnar C, Farreras Valentí Pedro, Cardellach López F. Medicina interna. 19a ed. Barcelona [etc: Elsevier; 2020.
3. Laboratorio Britania. Cetrimida Agar Base. Argentina; 2021. B0211505. Disponible en: https://www.britanialab.com/
back/public/upload/productos/ upl_6070668da829e.pdf.

## Capítulo 524

# FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

## 1 Introducción

La fisioterapia respiratoria desempeña un papel fundamental en la atención integral de pacientes que sufren de enfermedades pulmonares crónicas, un grupo de afecciones caracterizadas por la obstrucción del flujo de aire en los pulmones y la consecuente dificultad respiratoria. Entre las enfermedades pulmonares crónicas más comunes se encuentran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis pulmonar, el asma y otras condiciones similares, que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes las padecen.

Esta disciplina terapéutica se enfoca en la rehabilitación pulmonar y la mejora de la función respiratoria a través de una variedad de técnicas y ejercicios diseñados para abordar los síntomas y las limitaciones asociadas con estas enfermedades.

El objetivo principal de la fisioterapia respiratoria es promover la expansión pulmonar, mejorar la oxigenación y facilitar la eliminación de secreciones bronquiales, lo que, en última instancia, conduce a una mejoría notable en la capacidad funcional de los pacientes y en su capacidad para realizar actividades cotidianas con mayor comodidad.

Uno de los principales desafíos que enfrentan las personas con enfermedades pulmonares crónicas es la disnea, una sensación de falta de aire que puede ser incapacitante. La fisioterapia respiratoria aborda este síntoma de manera efectiva, enseñando a los pacientes técnicas de respiración adecuadas y ejercicios de fortalecimiento que les permiten controlar la disnea y mejorar su tolerancia al esfuerzo físico. Además, la fisioterapia respiratoria se centra en la educación del paciente, proporcionándole información sobre su enfermedad, sus factores desencadenantes y cómo llevar a cabo una autogestión efectiva de su afección.

La fisioterapia respiratoria no solo contribuye a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino que también desempeña un papel crucial en la prevención de complicaciones y en la reducción de la frecuencia de exacerbaciones de las enfermedades pulmonares crónicas. Esto se logra a través de programas de ejercicios personalizados, técnicas de fisioterapia manual y consejos sobre hábitos de vida saludables.

## 2 Objetivos

Explicar cuestiones relativas a la fisioterapia respiratoria aplicada a pacientes con enfermedades pulmonares crónicas.

## 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 respiratoria es una parte importante del tratamiento de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. Su objetivo principal es mejorar la función pulmonar, reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Aquí te proporciono algunos resultados y beneficios comunes asociados con la fisioterapia respiratoria en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas:

1. Mejora de la función pulmonar: La fisioterapia respiratoria puede ayudar a mejorar la capacidad pulmonar, aumentando la ventilación de los pulmones y reduciendo la dificultad para respirar.

2. Reducción de la disnea: La disnea, o dificultad para respirar, es un síntoma común en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. La fisioterapia respiratoria puede ayudar a reducir la sensación de falta de aire y mejorar la tolerancia al ejercicio.

3. Eliminación de secreciones: En enfermedades pulmonares, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la fibrosis quística, se pueden acumular secreciones en los pulmones. La fisioterapia respiratoria incluye técnicas para facilitar la eliminación de estas secreciones, lo que ayuda a prevenir infecciones respiratorias.

4. Aumento de la capacidad de ejercicio: La fisioterapia respiratoria puede ayudar a los pacientes a aumentar su capacidad de ejercicio, lo que mejora la calidad de vida y la independencia.

5. Educación sobre el manejo de la enfermedad: Los fisioterapeutas respiratorios también brindan educación sobre el manejo de la enfermedad, incluyendo técnicas de respiración, el uso de dispositivos inhaladores y estrategias para evitar desencadenantes de síntomas.

6. Mejora de la calidad de vida: En general, la fisioterapia respiratoria puede contribuir a una mejor calidad de vida al reducir los síntomas, mejorar la función pulmonar y aumentar la capacidad de realizar actividades diarias.

Es importante destacar que la fisioterapia respiratoria debe ser individualizada y adaptada a las necesidades específicas de cada paciente, ya que las enfermedades pulmonares crónicas varían en gravedad y presentación. Si tienes una enfermedad pulmonar crónica o estás buscando tratamiento para alguien que la tenga, te recomiendo consultar a un fisioterapeuta respiratorio o a un profesional de la

salud para obtener una evaluación completa y un plan de tratamiento adecuado.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia respiratoria desempeña un papel fundamental en el tratamiento y manejo de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. Los resultados y beneficios asociados con esta forma de terapia son significativos. Ayuda a mejorar la función pulmonar, reducir la dificultad para respirar, eliminar secreciones, aumentar la capacidad de ejercicio y, en última instancia, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, es esencial recordar que la fisioterapia respiratoria debe ser personalizada y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente, ya que las enfermedades pulmonares crónicas pueden variar en gravedad y presentación. Además, la fisioterapia respiratoria es una parte integral del tratamiento que a menudo se combina con otros enfoques médicos, como el uso de medicamentos y la educación sobre el manejo de la enfermedad.

La fisioterapia respiratoria es una herramienta valiosa en el cuidado de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, contribuyendo de manera significativa a mejorar la función pulmonar y la calidad de vida de quienes la reciben. Consultar con un fisioterapeuta respiratorio o un profesional de la salud es fundamental para establecer un plan de tratamiento efectivo y personalizado para cada paciente.

## 6 Bibliografía

1. ”Fisioterapia Respiratoria en el Paciente Adulto” de Pilar Salcedo Posadas.
2. ”Fisioterapia Respiratoria en el Paciente Pediátrico” de Sonia Barberán de la Muela.
3. ”Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)” de Juan José Soler-Cataluña y Juan Bautista Galdiz Iturri.

## Capítulo 525

# FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS CRÓNICOS

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

## 1 Introducción

La fisioterapia desempeña un papel fundamental y cada vez más destacado en el tratamiento de los trastornos músculo-esqueléticos crónicos, una categoría de afecciones médicas que afecta a una cantidad significativa de la población en todo el mundo. Estos trastornos, que incluyen condiciones como la osteoartritis, la fibromialgia, la lumbalgia crónica, la artritis reumatoide y muchas otras, se caracterizan por la presencia de dolor persistente, discapacidad funcional y disfunción en los tejidos músculo-esqueléticos, como articulaciones, músculos, huesos y tejidos blandos.

La cronicidad de estas afecciones implica que los pacientes a menudo deben lidiar con síntomas debilitantes durante un período prolongado de tiempo, lo que puede

tener un impacto significativo en su calidad de vida y bienestar general. En este contexto, la fisioterapia emerge como una disciplina de atención de la salud que se especializa en el movimiento y la función del cuerpo humano, desempeñando un papel vital en el manejo integral de estos trastornos crónicos.

La fisioterapia en el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos crónicos se basa en una serie de enfoques terapéuticos que abordan los aspectos multifacéticos de estas afecciones. Estos enfoques pueden incluir terapia manual, ejercicios terapéuticos, técnicas de relajación, modalidades físicas como la electroterapia y la termoterapia, así como educación y asesoramiento al paciente.

Uno de los aspectos más destacados de la fisioterapia en este contexto es su enfoque holístico. Los fisioterapeutas no solo se centran en aliviar el dolor y mejorar la función, sino que también trabajan en la prevención de recaídas y en la promoción de la autogestión de los síntomas por parte del paciente. Esto puede incluir la enseñanza de ejercicios y técnicas de autorrelajación que los pacientes pueden practicar de manera continua en su vida diaria.

La elección de las técnicas y enfoques específicos de fisioterapia dependerá de la naturaleza y la gravedad del trastorno musculoesquelético crónico en cuestión, así como de las necesidades individuales de cada paciente. Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales de la salud para diseñar planes de tratamiento personalizados que se adapten a las circunstancias únicas de cada caso.

En última instancia, la fisioterapia en el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos crónicos busca no solo aliviar el dolor y mejorar la movilidad, sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes, permitiéndoles participar de manera más activa en sus actividades diarias y recuperar un sentido de normalidad en sus vidas. A medida que la investigación y la práctica en fisioterapia continúan avanzando, su importancia en el manejo de estas afecciones crónicas solo sigue creciendo, ofreciendo esperanza y alivio a aquellos que enfrentan desafíos persistentes en su salud musculoesquelética.

## 2 Objetivos

-Proporcionar al lector información precisa y útil sobre la importancia de la fisioterapia en el manejo de trastornos músculo-esqueléticos crónicos.
-Destacar la relevancia y la eficacia de la fisioterapia como una opción de

tratamiento fundamental para estas afecciones.
-Mostrar cómo los fisioterapeutas pueden ayudar a los pacientes a aliviar el dolor, mejorar la función y aumentar la calidad de vida.

## 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 es una disciplina médica que desempeña un papel fundamental en el tratamiento de trastornos músculo-esqueléticos crónicos. Estos trastornos pueden incluir una amplia gama de condiciones, como dolor lumbar crónico, osteoartritis, tendinitis, fibromialgia, escoliosis, entre otros. Aquí te presento algunos resultados y beneficios de la fisioterapia en el tratamiento de estos trastornos:

1. **Alivio del dolor:** Los fisioterapeutas utilizan una variedad de técnicas, como masajes, movilizaciones articulares y estiramientos, para aliviar el dolor crónico. También pueden emplear modalidades de tratamiento, como la terapia con calor o frío, para reducir la inflamación y el dolor.

2. **Mejora de la función física:** La fisioterapia puede ayudar a mejorar la movilidad, la fuerza muscular y la capacidad funcional de los pacientes con trastornos músculo-esqueléticos crónicos. Esto puede ser especialmente importante en afecciones como la osteoartritis, donde la pérdida de movilidad es común.

3. **Educación y manejo:** Los fisioterapeutas educan a los pacientes sobre su condición y les enseñan técnicas de autoayuda para gestionar sus síntomas de manera efectiva, lo que puede mejorar la calidad de vida a largo plazo.

4. **Prevención de recaídas:** Los fisioterapeutas trabajan en la prevención de recaídas, enseñando a los pacientes ejercicios y estrategias para evitar futuros problemas músculo-esqueléticos crónicos.

5. **Tratamiento personalizado:** Cada paciente es único, y los fisioterapeutas diseñan programas de tratamiento individualizados para abordar las necesidades específicas de cada persona y su afección.

6. **Reducción de la dependencia de medicamentos:** La fisioterapia puede reducir la necesidad de analgésicos y antiinflamatorios, lo que puede ser beneficioso para aquellos que desean evitar los efectos secundarios de los medicamentos a largo plazo.

7. **Mejora de la calidad de vida:** Al reducir el dolor y mejorar la función física, la fisioterapia puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que padecen trastornos músculo-esqueléticos crónicos.

Es importante destacar que la fisioterapia es un enfoque multidisciplinario que a menudo se combina con otras modalidades de tratamiento, como la medicación o la cirugía, dependiendo de la gravedad y la naturaleza de la afección. Si estás buscando tratamiento para un trastorno músculo-esquelético crónico, es fundamental consultar a un profesional de la salud, como un fisioterapeuta, para recibir una evaluación completa y un plan de tratamiento adecuado.

## 5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia desempeña un papel de suma importancia en el tratamiento de trastornos músculo-esqueléticos crónicos, y una conclusión más extensa puede arrojar luz sobre la amplitud de su contribución a la salud y el bienestar de los pacientes que sufren estas afecciones.

En primer lugar, es crucial destacar que los trastornos músculo-esqueléticos crónicos, como la osteoartritis, la fibromialgia, la lumbalgia crónica, entre otros, representan una carga significativa para la calidad de vida de quienes los padecen. Estos trastornos a menudo están asociados con dolor crónico, discapacidad funcional y limitaciones en las actividades diarias. Aquí es donde la fisioterapia emerge como un componente fundamental en su manejo y tratamiento.

La fisioterapia se caracteriza por ser una disciplina terapéutica que busca abordar tanto los síntomas como las causas subyacentes de estos trastornos. A través de una variedad de técnicas, que incluyen ejercicios terapéuticos, movilización articular, terapia manual, modalidades físicas (como el calor, el frío y la electroterapia) y educación para el paciente, los fisioterapeutas pueden diseñar programas de tratamiento personalizados que buscan aliviar el dolor, restaurar la función y

mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Un aspecto esencial de la fisioterapia en el tratamiento de trastornos músculo-esqueléticos crónicos es su enfoque holístico. No se limita a tratar los síntomas superficiales, sino que busca comprender y abordar las disfunciones subyacentes del sistema músculo-esquelético. Esto puede incluir mejorar la biomecánica, la postura, la fuerza muscular y la estabilidad, así como enseñar al paciente estrategias para gestionar su afección a largo plazo.

Además, la fisioterapia tiene un enfoque conservador, lo que significa que busca evitar intervenciones invasivas o tratamientos farmacológicos a largo plazo siempre que sea posible. Esto es especialmente relevante en un contexto en el que existe una creciente preocupación por los efectos secundarios y las dependencias asociadas con ciertos medicamentos para el dolor.

En resumen, la fisioterapia en el tratamiento de trastornos músculo-esqueléticos crónicos es una disciplina que aborda de manera integral las necesidades de los pacientes. Contribuye a mejorar la calidad de vida, reducir el dolor y la discapacidad, y promover la independencia a largo plazo. Su enfoque conservador y su capacidad para adaptarse a las necesidades individuales hacen que sea una opción terapéutica valiosa en la gestión de estas afecciones crónicas.

## 6 Bibliografía

1. "Fisioterapia en ortopedia y traumatología" de Rafael Torres Cueco, José Antonio Fernández-Pro Ledesma y otros.
2. "Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema Genitourinario" de José Luis Arias Burbano y otros.

3. "Fisioterapia en neurología" de María Stokes y Emma Stack.

4. "Fisioterapia en pediatría" de Antonio J. Casas Beltrán y otros.

## Capítulo 526

# FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL SUELO PÉLVICO

SAMUEL VILLORA GARCÍA

SERGIO LÓPEZ DE LERMA ALCÁZAR

CELIA VELASCO CORTÉS

ENRIQUE LAGUNA FERNÁNDEZ

MILAGROS MARIA MUÑOZ CRESPO

## 1 Introducción

La fisioterapia es una disciplina médica que desempeña un papel fundamental en el tratamiento de una amplia variedad de condiciones médicas y trastornos músculo-esqueléticos. Uno de los campos de la fisioterapia que ha ganado un creciente reconocimiento y relevancia en los últimos años es el tratamiento de los trastornos del suelo pélvico. El suelo pélvico es un conjunto de músculos, ligamentos y tejidos conectivos ubicados en la parte inferior de la cavidad abdominal, que desempeña un papel esencial en el apoyo de los órganos pélvicos, como la vejiga, el útero y el recto. Cuando estos músculos se debilitan o sufren disfunciones, pueden dar lugar a una serie de problemas médicos, que incluyen incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapsos de órganos pélvicos y dolor pélvico crónico.

Los trastornos del suelo pélvico son afecciones que afectan a personas de todas las edades y géneros, aunque son más comunes en mujeres, especialmente después del parto y durante la menopausia. Estos trastornos pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los afectados, limitando su capacidad para realizar actividades diarias y generando angustia emocional.

La fisioterapia se ha convertido en una opción terapéutica eficaz y no invasiva para abordar los trastornos del suelo pélvico. Los fisioterapeutas especializados en este campo están capacitados para evaluar y tratar de manera integral a pacientes que padecen estos trastornos, utilizando técnicas específicas destinadas a fortalecer y rehabilitar los músculos del suelo pélvico. Además, trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como ginecólogos, urólogos y gastroenterólogos, para proporcionar un enfoque multidisciplinario y completo en el tratamiento de los pacientes.

## 2 Objetivos

1. Destacar la importancia de fortalecer los músculos del suelo pélvico para mejorar su capacidad de soporte de los órganos pélvicos y prevenir el prolapso de estos órganos.
2. Exponer cómo la fisioterapia puede ayudar a reducir o eliminar la incontinencia urinaria y fecal, lo que mejora la calidad de vida y la confianza de los pacientes.

## 3 Metodología

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

## 4 Resultados

La fisioterapia es una parte importante del tratamiento de los trastornos del suelo pélvico. Estos trastornos pueden afectar a personas de todas las edades y géneros y pueden incluir condiciones como la incontinencia urinaria, el prolapso de órganos pélvicos y el dolor pélvico crónico. Aquí te proporciono algunos re-

sultados y puntos clave sobre la fisioterapia en el tratamiento de trastornos del suelo pélvico:

1. **Ejercicios de Kegel**: Los ejercicios de Kegel son una técnica comúnmente utilizada en la fisioterapia del suelo pélvico. Estos ejercicios fortalecen los músculos del suelo pélvico, lo que puede ayudar a mejorar la incontinencia urinaria y otros síntomas.

2. **Biofeedback**: El biofeedback es una técnica que utiliza instrumentos para medir y mostrar la actividad de los músculos del suelo pélvico. Esto ayuda a los pacientes a comprender y controlar mejor estos músculos, lo que puede ser útil en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

3. **Estiramiento y relajación**: Algunos trastornos del suelo pélvico están relacionados con la tensión muscular excesiva en la zona. Los fisioterapeutas pueden enseñar técnicas de estiramiento y relajación para aliviar esta tensión.

4. **Masaje del tejido blando**: En casos de dolor pélvico crónico, los fisioterapeutas pueden realizar masajes en los músculos del suelo pélvico y el tejido conectivo circundante para aliviar el malestar.

5. **Educación sobre el suelo pélvico**: Los fisioterapeutas también proporcionan educación a los pacientes sobre la anatomía y la función del suelo pélvico, así como consejos sobre cómo mejorar la salud del suelo pélvico en la vida diaria.

6. **Terapia manual**: En algunos casos, los fisioterapeutas pueden utilizar técnicas de terapia manual para abordar problemas específicos del suelo pélvico.

7. **Ejercicios funcionales**: Además de los ejercicios de Kegel, los fisioterapeutas pueden recomendar ejercicios funcionales que ayuden a fortalecer los músculos del core y mejorar la postura, lo que puede tener un impacto positivo en la salud del suelo pélvico.

8. **Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos**: La fisioterapia puede ser parte del tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos, ayudando a fortalecer los músculos y mejorar el soporte de los órganos.

9. **Evaluación individualizada**: Cada paciente es único, y los fisioterapeutas realizan una evaluación individualizada para desarrollar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades específicas de cada persona.

Es importante destacar que la fisioterapia del suelo pélvico es un enfoque conser-

vador y no invasivo que puede ser altamente efectivo en muchos casos. Si estás experimentando problemas relacionados con el suelo pélvico, te recomiendo que busques la evaluación y orientación de un fisioterapeuta especializado en este campo. El tratamiento puede ser personalizado para abordar tus necesidades y objetivos de salud específicos.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia desempeña un papel fundamental en el tratamiento de los trastornos del suelo pélvico, ofreciendo una variedad de técnicas y enfoques personalizados para abordar una amplia gama de afecciones relacionadas con esta área anatómica. A lo largo de los años, se ha acumulado una evidencia sólida que respalda la efectividad de la fisioterapia en la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren de trastornos del suelo pélvico.

Los ejercicios de Kegel, el biofeedback, las técnicas de estiramiento y relajación, así como la terapia manual, son herramientas valiosas en manos de fisioterapeutas especializados que pueden ayudar a fortalecer los músculos del suelo pélvico, mejorar el control de la vejiga y aliviar el dolor pélvico crónico. Además, la fisioterapia no solo trata los síntomas, sino que también educa a los pacientes sobre la anatomía y la función del suelo pélvico, empoderándolos para cuidar de su salud a largo plazo.

Es importante destacar que la fisioterapia del suelo pélvico no es solo para mujeres. Los hombres también pueden beneficiarse de estos tratamientos, especialmente en casos de incontinencia urinaria postoperatoria o problemas relacionados con la próstata.

## 6 Bibliografía

1. ”Fisioterapia en obstetricia y uroginecología” de Beatriz Gandía Martín.
2. ”Rehabilitación del suelo pélvico femenino” de Begoña Calvo.
3. ”Suelo pélvico femenino. Palpación, evaluación y ejercicio” de María José Sobrado.

Capítulo 527

# TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO: REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

NATALIA DÍAZ PÉREZ

EVA ROSALIA TORRALBA ALONSO

MARÍA DOLORES GÓMEZ ROMERO

AMAYA JONE GONZÁLEZ VALLEJO

GLORIA CERDÁ REQUENA

## 1 Introducción

La atención médica pediátrica se caracteriza por su enfoque en los pacientes más jóvenes, cuyo desarrollo físico y emocional requiere una atención especializada y comprensiva. Los niños y adolescentes presentan desafíos únicos en términos de diagnóstico y tratamiento, y es fundamental que los profesionales de la salud estén debidamente capacitados para abordar estas particularidades.

En este contexto, el rol del técnico superior en imagen para el diagnóstico cobra una importancia crucial, ya que son los encargados de llevar a cabo estudios de imagen que a menudo son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones pediátricas. Sin embargo, la realización de estos estudios

en niños y adolescentes va más allá de simplemente operar equipos de imagen; implica la habilidad de comunicarse con los pacientes jóvenes y sus familias de manera comprensiva y empática, reconociendo sus temores y ansiedades.

El programa de formación en técnico superior en imagen para el diagnóstico en la realización de estudios de imagen en pacientes pediátricos se concibe como una respuesta a esta necesidad de formación específica. No solo se enfoca en las técnicas de obtención de imágenes, sino que también pone un fuerte énfasis en el aspecto humano de la atención médica pediátrica. Los participantes aprenderán cómo establecer una relación de confianza con los pacientes jóvenes, comunicarse de manera efectiva para reducir la ansiedad, y proporcionar apoyo emocional tanto a los niños como a sus familias

## 2 Objetivos

- Dar a conocer las técnicas de imagen utilizadas en pacientes pediátricos.
- Exponer las funciones del técnico superior en imagen para el diagnóstico en la realización de estudios de imagen en pacientes pediátricos
-Mostrar cómo garantizar que los procedimientos de imagen se realicen de manera segura, minimizando la exposición a la radiación y evitando lesiones en los pacientes jóvenes.

## 3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

## 4 Resultados

El técnico superior en imagen para el diagnóstico que se especializa en la realización de estudios de imagen en pacientes pediátricos desempeña un papel crucial en el campo de la salud, ya que se encarga de obtener imágenes médicas de alta calidad en niños y adolescentes. Estas imágenes son esenciales para el diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones médicas en esta población.

Algunas de las responsabilidades y resultados clave que un técnico superior en imagen para el diagnóstico puede esperar en este contexto son:
1. Realización de Estudios de Imagen: El técnico debe ser competente en la operación de equipos de imagen médica, como radiografías, ecografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (RM), para obtener imágenes precisas de los pacientes pediátricos.
2. Preparación y Posicionamiento del Paciente: Asegurar que el paciente pediátrico esté cómodo y seguro durante el procedimiento de imagen. Esto a menudo implica la comunicación efectiva con el paciente y sus padres para reducir la ansiedad.
3. Certificación de la Seguridad: Garantizar que se sigan protocolos de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación ionizante, especialmente en pacientes jóvenes y en desarrollo.
4. Calidad de Imagen: Obtener imágenes de alta calidad, minimizando el movimiento del paciente y ajustando los parámetros de imagen según sea necesario para lograr un diagnóstico preciso.
5. Colaboración con el Equipo Médico: Trabajar en estrecha colaboración con radiólogos, pediatras y otros profesionales de la salud para garantizar una interpretación precisa de las imágenes y un diagnóstico adecuado.
6. Comunicación y Empatía: Ser capaz de comunicar los procedimientos a los pacientes y sus familias de manera comprensible y empática, proporcionando apoyo emocional cuando sea necesario.
7. Registro y Documentación: Mantener registros precisos de los procedimientos realizados, las dosis de radiación utilizadas y cualquier observación relevante sobre el paciente.
8. Formación Continua: Mantenerse actualizado sobre las últimas tecnologías y técnicas en el campo de la imagen médica, especialmente en lo que respecta a la atención pediátrica.
9. Ética Profesional: Adherirse a altos estándares éticos y de confidencialidad en todas las interacciones con pacientes y datos médicos.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico con especialización en la realización de estudios de imagen en pacientes pediátricos es de vital importancia en el ámbito de la atención médica. Este profesional desempeña un papel multifacético que abarca desde la operación de equipos de

imagen médica hasta la interacción con pacientes jóvenes y sus familias, y la colaboración estrecha con otros profesionales de la salud.

Uno de los aspectos más destacados de su trabajo es la capacidad de obtener imágenes de alta calidad en un entorno clínico donde la cooperación del paciente puede ser un desafío debido a la edad y el nivel de comprensión. La habilidad para comunicarse de manera efectiva con los niños y adolescentes, así como con sus padres, es esencial para asegurar que los procedimientos se realicen de manera eficiente y sin causar un estrés innecesario.

Además, la seguridad radiológica es una preocupación constante, especialmente cuando se trata de la exposición a la radiación en pacientes jóvenes en desarrollo. El técnico superior en imagen para el diagnóstico debe estar bien entrenado en las prácticas de protección radiológica para garantizar que los pacientes pediátricos reciban dosis mínimas de radiación sin comprometer la calidad de las imágenes necesarias para el diagnóstico.

La colaboración con el equipo médico es otro aspecto fundamental de la labor de estos profesionales. Trabajar en conjunto con radiólogos, pediatras y otros especialistas de la salud es esencial para interpretar correctamente las imágenes y proporcionar información valiosa para el tratamiento de los pacientes pediátricos.

En última instancia, la labor del técnico superior en imagen para el diagnóstico en pacientes pediátricos contribuye de manera significativa a la atención médica de alta calidad y al bienestar de los niños y adolescentes. Su capacidad para obtener imágenes precisas y su compromiso con altos estándares éticos y de confidencialidad son pilares fundamentales de su trabajo. Además, la formación continua y la adaptación a las últimas tecnologías en el campo de la imagen médica son esenciales para mantenerse actualizado y proporcionar la mejor atención posible a esta población vulnerable.

## 6 Bibliografía

1. Manual de radiología para técnicos. Física, biología y protección radiológica de Stewart C. Bus.
2. Radiología pediátrica de María del Mar Castillo y Alicia Cepeda.
3. Radiología Esencial de Richard Gunderman.
4. Diagnóstico por Imagen en Pediatría de Ricardo García Mónaco y María Lorena

Amigo.

## Capítulo 528

# COORDINACIÓN DE CITAS MÉDICAS Y LABORATORIO A TRAVÉS DEL SERVICIO TELEFÓNICO

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

VANESA MARÍN MAESTRO

## 1 Introducción

En la búsqueda constante de mejorar la atención médica y hacerla más accesible para todos, la coordinación de citas médicas y de laboratorio a través del servicio telefónico ha emergido como una solución innovadora y efectiva. La gestión de citas médicas y la programación de pruebas de laboratorio son aspectos cruciales en la atención de la salud, ya que afectan directamente la calidad de vida de los pacientes y la eficiencia de los servicios médicos.

En un mundo cada vez más conectado, donde la tecnología se ha convertido en una parte integral de nuestras vidas, la comodidad y la accesibilidad son más importantes que nunca. La coordinación de citas médicas y de laboratorio mediante el servicio telefónico se ha convertido en un recurso indispensable para satisfacer estas necesidades.

Este enfoque revolucionario permite a los pacientes programar sus citas médicas y pruebas de laboratorio desde la comodidad de sus hogares, eliminando la necesidad de desplazarse físicamente a un centro médico o de laboratorio para realizar esta tarea. Además, brinda a los pacientes la flexibilidad de elegir horarios convenientes y reduce los tiempos de espera, lo que contribuye significativamente a mejorar la experiencia del paciente.
Pero la coordinación de citas médicas y de laboratorio a través del servicio telefónico no solo beneficia a los pacientes. También proporciona una solución eficiente para los profesionales de la salud y los administradores de clínicas y laboratorios. Permite una mejor asignación de recursos, optimizando la agenda médica y minimizando los tiempos muertos en la programación. Además, reduce la carga administrativa en el personal médico, permitiéndoles concentrarse en lo que realmente importa: la atención directa a los pacientes.

## 2 Objetivos

1. Informar sobre la programación de citas médicas y de laboratorio de manera rápida y sencilla para el paciente.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación con resultados, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

## 4 Resultados

La coordinación de citas médicas y laboratorio a través del servicio telefónico es una tarea común en muchas instituciones de salud. A continuación, te proporciono algunos pasos y consejos para llevar a cabo esta tarea de manera efectiva:

1. Identificación del paciente: Cuando un paciente llame para programar una cita médica o de laboratorio, el primer paso es verificar su identidad. Puede pedir su nombre completo, fecha de nacimiento y número de identificación.

2. Disponibilidad y preferencias del paciente: Pregunte al paciente cuándo prefiere programar la cita y si tiene alguna preferencia en cuanto a la hora o el

médico/laboratorio específico.

3. Verifique la disponibilidad: Consulte el sistema de programación para verificar la disponibilidad de citas en el horario deseado del paciente. Si la hora deseada no está disponible, ofrezca alternativas.

4. Confirme los datos de contacto: Asegúrese de tener los datos de contacto correctos del paciente, como su número de teléfono y dirección de correo electrónico, para enviar recordatorios y confirmaciones.

5. Información sobre la cita: Proporcione al paciente información detallada sobre la cita, incluyendo la fecha, hora, ubicación y cualquier preparación necesaria (por ejemplo, ayuno para pruebas de laboratorio).

6. Recordatorios de citas: Ofrezca enviar recordatorios de la cita por mensaje de texto o correo electrónico, si es posible, para reducir las cancelaciones y ausencias.

7. Confirme la cita: Antes de finalizar la llamada, confirme con el paciente la fecha y hora de la cita para asegurarse de que ambos estén en la misma página.

8. Registro de la cita: Registre la cita en el sistema de programación y asegúrese de que todos los detalles sean precisos.

9. Atención al cliente: Sea amable y paciente con el paciente. Responda a todas sus preguntas y ofrezca ayuda adicional si es necesario.

10. Proceso de cancelación y reprogramación: Informe al paciente sobre el proceso de cancelación y reprogramación de citas en caso de que surjan cambios en sus planes.

11. Seguimiento: Realice un seguimiento de las citas programadas para garantizar que se lleven a cabo según lo planeado. Esto puede incluir enviar recordatorios unos días antes de la cita.

12. Feedback del paciente: Fomente el feedback del paciente para mejorar continuamente el proceso de programación de citas y la calidad del servicio.

Recuerda que la coordinación de citas médicas y de laboratorio a través del servicio telefónico requiere una comunicación clara y efectiva, así como una organización precisa para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna.

## 5 Discusión-Conclusión

La coordinación de citas médicas y de laboratorio a través del servicio telefónico es una función crítica en el sistema de atención médica que requiere una combinación de habilidades organizativas, comunicativas y de atención al cliente para asegurar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera eficiente y efectiva.

En este proceso, la identificación precisa del paciente, la confirmación de sus datos personales y la verificación de su disponibilidad son pasos iniciales esenciales. Es importante brindar al paciente opciones y flexibilidad en cuanto a la programación de citas, lo que puede ayudar a mejorar la satisfacción del paciente y reducir la probabilidad de cancelaciones. Además, la comunicación clara de los detalles de la cita, como la fecha, hora y ubicación, es fundamental para garantizar que el paciente esté bien informado y preparado para su cita médica o de laboratorio.

La utilización de tecnología, como el envío de recordatorios de citas por mensaje de texto o correo electrónico, puede ser una herramienta efectiva para reducir las ausencias y aumentar la puntualidad de los pacientes. También es crucial tener un proceso establecido para la cancelación y reprogramación de citas, de modo que los pacientes puedan realizar cambios en sus planes cuando sea necesario sin dificultad.

La atención al cliente juega un papel fundamental en este proceso. Los representantes de citas médicas y de laboratorio deben ser amables, pacientes y capaces de responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes de manera efectiva. Un enfoque en la satisfacción del paciente puede ayudar a construir relaciones sólidas y mejorar la percepción general del servicio de atención médica.

Además, el seguimiento de las citas programadas y la recopilación de comentarios de los pacientes son prácticas importantes para evaluar y mejorar continuamente el proceso de coordinación de citas. Esta retroalimentación puede proporcionar información valiosa sobre las áreas que necesitan mejoras y las oportunidades para optimizar la eficiencia y la calidad del servicio.

En conclusion, la coordinación de citas médicas y de laboratorio a través del servicio telefónico es una función esencial en la atención médica moderna. Requiere una combinación de habilidades técnicas y de atención al cliente para asegurar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna y con

la mayor satisfacción posible. Un proceso bien gestionado contribuye significativamente a la experiencia general del paciente y al éxito de la institución de salud.

## 6 Bibliografía

1. "Gestión de Citas Médicas y Hospitalarias" de William F. Jiménez.
2. "Gestión de la Calidad en Laboratorios Clínicos" de Lourdes Moreno y Emilio del Castillo.
3. "La Atención al Cliente en el Sector Sanitario" de María Luisa Alonso.

## Capítulo 529

# EL PAPEL DE LA TELEFONISTA EN LA COORDINACIÓN DE TRASLADOS DE PACIENTES

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

VANESA MARÍN MAESTRO

## 1 Introducción

En el complejo entramado del sistema de atención médica, donde la rapidez y la precisión son imperativas, el papel de la telefonista se alza como un pilar fundamental en la coordinación de traslados de pacientes. La labor de estas profesionales va más allá de simplemente contestar llamadas y conectar líneas telefónicas; su función es esencial para asegurar que los pacientes reciban la atención médica necesaria en el momento adecuado y en el lugar indicado.

En un mundo en constante evolución, donde la movilidad de los pacientes entre diferentes instalaciones médicas es una realidad cotidiana, la telefonista emerge como un vínculo crítico entre diversos actores en el sistema de atención de salud. Hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, servicios de ambulancia y otros

proveedores de atención médica dependen de la habilidad y competencia de las telefonistas para coordinar la transferencia de pacientes de manera segura y eficiente.

La telefonista no solo es la voz amigable al otro lado de la línea telefónica, sino también la encargada de una compleja danza de información y recursos. Desde el momento en que se solicita un traslado hasta que el paciente llega a su destino final, la telefonista desempeña un rol central en la organización de cada paso del proceso. Esto implica tomar decisiones rápidas y acertadas sobre qué unidad de ambulancia enviar, considerando la gravedad de la situación y la disponibilidad de recursos, coordinar con los equipos médicos de origen y destino, y mantener un registro meticuloso de cada traslado.

Además, la telefonista se convierte en el punto de contacto principal para los familiares preocupados, brindándoles información actualizada y tranquilidad durante momentos de ansiedad. Su habilidad para comunicarse de manera efectiva y empática es un activo invaluable en la gestión de traslados de pacientes, ya que no solo se trata de la logística, sino también de brindar apoyo emocional en situaciones médicas delicadas.

## 2 Objetivos

-Proporcionar información valiosa y educativa sobre el papel de la telefonista en la coordinación de traslados de pacientes.
-Comprender la importancia de esta función en el sistema de atención médica y cómo contribuye al bienestar de los pacientes.

## 3 Metodología

En preparación para este trabajo, realizamos un estudio, una revisión de la literatura científica actual. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura y búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos relevantes al tema de investigación.

## 4 Resultados

El papel de la telefonista en la coordinación de traslados de pacientes es fundamental para garantizar una atención médica eficiente y oportuna. Algunos resul-

tados clave relacionados con este tema son:

1. Comunicación eficaz: Las telefonistas son responsables de recibir llamadas de pacientes, médicos y hospitales, y deben ser expertas en la comunicación para entender las necesidades de cada paciente y coordinar los traslados de manera efectiva.

2. Programación de traslados: Las telefonistas son responsables de programar los traslados de pacientes de manera que se optimicen los recursos disponibles, como ambulancias y personal médico.

3. Coordinación con el personal de salud: Deben estar en contacto constante con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que los traslados se realicen de manera segura y de acuerdo con las necesidades clínicas de los pacientes.

4. Priorización de casos: En situaciones de emergencia, las telefonistas deben ser capaces de priorizar los traslados según la gravedad de la condición del paciente, asegurando que los casos más críticos reciban atención inmediata.

5. Registro y documentación: Llevar un registro detallado de cada traslado es esencial para mantener un historial de los pacientes y garantizar una atención continua y coordinada.

6. Manejo de situaciones difíciles: En ocasiones, pueden surgir situaciones desafiantes, como la falta de ambulancias disponibles o la necesidad de coordinar traslados interhospitalarios. Las telefonistas deben estar preparadas para manejar estas situaciones de manera efectiva.

7. Garantizar la confidencialidad: Es importante que las telefonistas manejen la información de los pacientes de manera confidencial y cumplan con las regulaciones de privacidad de datos en salud.

8. Entrenamiento y actualización: Las telefonistas deben recibir capacitación continua para mantenerse al día con los procedimientos médicos y las tecnologías de comunicación utilizadas en la coordinación de traslados de pacientes.

9. Interacción con familiares: En algunos casos, es necesario interactuar con familiares preocupados y proporcionarles información sobre el estado y el proceso de traslado de sus seres queridos.

10. Colaboración en equipo: Trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del personal médico y de administración es esencial para una coordinación

efectiva de traslados.

El papel de la telefonista en la coordinación de traslados de pacientes es crucial para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno. Esto requiere habilidades de comunicación, organización y trabajo en equipo, así como el conocimiento de los procedimientos médicos y las regulaciones relacionadas con la atención médica.

## 5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel de la telefonista en la coordinación de traslados de pacientes es de vital importancia en el sistema de atención médica. Su labor abarca desde la recepción de llamadas de pacientes, médicos y hospitales hasta la programación y coordinación efectiva de traslados. A lo largo de este proceso, desempeñan diversas funciones clave que contribuyen a garantizar la atención adecuada y oportuna de los pacientes.

La habilidad de comunicación eficaz de las telefonistas es esencial para comprender las necesidades y condiciones de los pacientes. Esta comunicación facilita la coordinación de los traslados, asegurando que los recursos disponibles, como ambulancias y personal médico, se utilicen de manera eficiente.

Además, las telefonistas trabajan en estrecha colaboración con el personal de salud, manteniendo una comunicación constante para garantizar la seguridad y la atención adecuada durante los traslados. Esto implica la necesidad de comprender las necesidades clínicas de los pacientes y de estar al tanto de la disponibilidad de recursos médicos.

En situaciones de emergencia, las telefonistas deben tomar decisiones rápidas y efectivas para priorizar los casos según la gravedad de la condición de los pacientes. Esto asegura que los pacientes más críticos reciban atención de inmediato.

La gestión de registros y documentación precisa es otro aspecto crucial del trabajo de las telefonistas. Mantener un registro detallado de cada traslado es esencial para proporcionar una atención continua y coordinada, así como para cumplir con los requisitos legales y regulaciones de privacidad de datos en salud.

En situaciones difíciles, como la escasez de ambulancias o la coordinación de traslados interhospitalarios, las telefonistas deben estar preparadas para en-

frentar desafíos y resolver problemas de manera efectiva, garantizando que los pacientes reciban la atención necesaria.

Además, la confidencialidad es de suma importancia, y las telefonistas deben manejar la información de los pacientes con la máxima discreción y cumplir con las regulaciones de privacidad de datos en salud.

Para desempeñar su rol de manera efectiva, las telefonistas requieren capacitación continua para mantenerse actualizadas con los procedimientos médicos y las tecnologías de comunicación utilizadas en la coordinación de traslados de pacientes.

En última instancia, el trabajo de las telefonistas en la coordinación de traslados de pacientes contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y al bienestar de los pacientes al asegurar que reciban la atención adecuada en el momento oportuno. Su labor es esencial para el funcionamiento fluido del sistema de atención médica.

# 6 Bibliografía

1. "Gestión de la comunicación y atención al paciente" de Juan José Jurado Jurado.
2. "Atención al paciente grave: el papel de la enfermera" de María Guadalupe González Nava y Rosa María Sánchez-Mateos Peñas.

## Capítulo 530

# ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN EL SERVICIO DE TELEFONÍA HOSPITALARIA

VICTORIA GARRIDO GARCIA

LAURA GALDON GARCIA

PETRA VALERA HERRAIZ

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

VANESA MARÍN MAESTRO

## 1 Introducción

La telefonía hospitalaria se ha convertido en un elemento crítico en el panorama de la atención médica actual. Los pacientes y sus familias confían en las comunicaciones telefónicas para obtener información vital, mantenerse en contacto con sus seres queridos y recibir el apoyo necesario durante su estancia en un hospital. En este contexto, las estrategias de atención al cliente en el servicio de telefonía hospitalaria adquieren una importancia significativa, ya que no solo afectan la eficacia de la comunicación, sino que también influyen en la percepción general de la calidad de la atención médica por parte de los pacientes.

La telefonía hospitalaria es una puerta de entrada a la experiencia del paciente en un entorno médico. La calidad de la atención, la eficiencia en la gestión de las

llamadas y la empatía en las interacciones telefónicas son aspectos fundamentales para garantizar que los pacientes se sientan respaldados y bien atendidos. En este sentido, las estrategias de atención al cliente en el servicio de telefonía hospitalaria deben abordar una serie de desafíos y consideraciones únicas.

Uno de los principales desafíos es la necesidad de proporcionar información precisa y actualizada a los pacientes y sus familias. Los pacientes a menudo llaman para obtener detalles sobre su estado de salud, horarios de visitas, procedimientos médicos y otros aspectos cruciales de su atención. Por lo tanto, es esencial que el personal de telefonía hospitalaria esté capacitado y actualizado para brindar información precisa de manera oportuna.

Además, la empatía juega un papel fundamental en la atención al cliente en un entorno hospitalario. Los pacientes y sus seres queridos pueden estar experimentando situaciones emocionalmente desafiantes, y las interacciones telefónicas deben ser realizadas con sensibilidad y comprensión. La habilidad para escuchar con empatía, mostrar paciencia y brindar apoyo emocional puede marcar una gran diferencia en la percepción de la calidad del servicio.

La gestión eficiente de las llamadas también es esencial para evitar tiempos de espera prolongados y garantizar que las llamadas se dirijan rápidamente al personal adecuado. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también libera recursos del personal para otras tareas importantes.

En esta exploración de estrategias de atención al cliente en el servicio de telefonía hospitalaria, examinaremos en detalle cómo abordar estos desafíos y más. Veremos cómo las tecnologías modernas, la formación del personal y la implementación de mejores prácticas pueden ayudar a crear un entorno telefónico hospitalario eficiente, compasivo y altamente satisfactorio para todos los involucrados.

## 2 Objetivos

Proporcionar al lector información relevante y educativa sobre la importancia de la atención al cliente en el contexto hospitalario y cómo las estrategias específicas pueden mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias.
Destacar la relevancia crítica de la telefonía hospitalaria en la atención médica moderna y cómo puede influir en la satisfacción del paciente.

## 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 atención al cliente en el servicio de telefonía hospitalaria es fundamental para garantizar una comunicación efectiva entre el personal médico y los pacientes, así como para brindar apoyo y asistencia a los visitantes y familiares. Algunas estrategias que pueden ser útiles en este contexto son:

1. **Capacitación del personal:** Asegúrate de que todo el personal que trabaja en el servicio de telefonía hospitalaria esté bien capacitado en atención al cliente. Esto incluye habilidades de comunicación, empatía y manejo de situaciones difíciles.

2. **Protocolos de atención:** Desarrolla protocolos claros para la atención telefónica, que incluyan la forma de responder llamadas, manejar preguntas frecuentes y transferir llamadas a las áreas pertinentes.

3. **Tiempo de espera reducido:** Intenta mantener los tiempos de espera en las llamadas al mínimo. Los pacientes y familiares a menudo están ansiosos y preocupados, por lo que esperar mucho tiempo al teléfono puede generar frustración.

4. **Personalización:** Fomenta el uso de nombres propios y la personalización en la comunicación. Conocer el nombre del paciente o familiar y utilizarlo puede hacer que la interacción sea más cercana y amigable.

5. **Escucha activa:** Enséñales a los operadores a escuchar activamente a los pacientes y familiares. Esto implica prestar atención a sus preocupaciones, hacer preguntas de seguimiento y validar sus emociones.

6. **Resolución de problemas:** Capacita a tu personal para que pueda ayudar a los pacientes y familiares a resolver problemas o inquietudes comunes, como la información sobre visitas, horarios de médicos o ubicaciones dentro del hospital.

7. **Feedback y mejora continua:** Establece un sistema para recopilar comentarios de los pacientes y familiares sobre la calidad del servicio de telefonía hos-

pitalaria. Utiliza esta retroalimentación para realizar mejoras constantes.

8. **Disponibilidad 24/7:** Si es posible, ofrece atención telefónica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La disponibilidad constante puede ser crucial en situaciones de emergencia.

9. **Integración con sistemas de información:** Integra el servicio de telefonía con los sistemas de información del hospital para que el personal pueda acceder rápidamente a datos relevantes sobre pacientes y horarios.

10. **Manejo de crisis:** Capacita a tu personal para manejar situaciones de crisis y emergencias médicas por teléfono de manera efectiva y tranquila.

11. **Tecnología actualizada:** Utiliza sistemas telefónicos modernos que permitan una gestión eficiente de llamadas y que incluyan funciones como el enrutamiento automático de llamadas.

12. **Confidencialidad y seguridad:** Asegura que se sigan todas las normativas de privacidad y seguridad de datos al manejar información médica confidencial por teléfono.

Al implementar estas estrategias de atención al cliente en el servicio de telefonía hospitalaria, podrás mejorar la experiencia de los pacientes, familiares y visitantes, lo que contribuirá a la satisfacción general y al buen funcionamiento del hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención al cliente en el servicio de telefonía hospitalaria desempeña un papel crucial en la satisfacción de los pacientes, familiares y visitantes, así como en la eficiencia operativa del hospital. Mediante la implementación de estrategias efectivas, como la capacitación del personal, la reducción de los tiempos de espera, la personalización de la atención y el uso de tecnología moderna, es posible crear un entorno de comunicación que promueva la confianza y la empatía.

La escucha activa, la resolución de problemas y la disponibilidad constante son componentes esenciales para garantizar que las necesidades y preocupaciones de los usuarios se aborden de manera efectiva. Además, la retroalimentación y la mejora continua son vitales para adaptar y perfeccionar constantemente el

servicio.

En última instancia, una atención al cliente excepcional en la telefonía hospitalaria no solo mejora la experiencia de los pacientes y sus familias, sino que también contribuye a la reputación del hospital y su capacidad para brindar atención de calidad. La atención al cliente en este contexto es una inversión que beneficia a todos los involucrados y puede marcar la diferencia en la vida de las personas en momentos críticos de salud.

## 6 Bibliografía

1. ”La Experiencia del Paciente” de Gwynna Draper.

2. ”Servicio al Cliente en el Sector de la Salud” de Paul W. Jones.

3. ”La Comunicación en el Ámbito Hospitalario” de Leonard L. Berry.

4. ”La Experiencia del Cliente en la Atención Médica” de Jason Wolf

## Capítulo 531

# OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS DE CENTROS HOSPITALARIOS

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

MERCEDES MURILLO GALAN

## 1 Introducción

En cualquier institución sanitaria, el papel del auxiliar administrativo desempeña un papel crucial y omnipresente en la eficiencia operativa general. Este papel incluye tareas que varían desde la administración de registros médicos y la programación de citas, hasta la coordinación con el personal médico y la gestión de diversas tareas administrativas. La explotación óptima de los procesos administrativos puede tener un impacto sustancial en la eficacia, eficiencia y tiempo de respuesta de la atención sanitaria, lo que posteriormente puede influir en la satisfacción del paciente y los resultados clínicos (1,2).

Sin embargo, a pesar de su importancia, la optimización de los procesos administrativos en las instituciones sanitarias ha recibido una atención insuficiente en la literatura científica. Es importante, por tanto, abordar esta carencia y elucidar la relevancia valorativa y las estrategias para mejorar estos procesos. Este objetivo es especialmente pertinente en el actual escenario de atención médica, donde el énfasis en el enfoque centrado en el paciente y la necesidad de una mayor eficiencia ha aumentado (3).

Este capítulo tiene como objetivo explorar e ilustrar los fundamentos del papel del auxiliar administrativo y los procesos asociados, así como las vías para su optimización dentro de las instituciones sanitarias. A través de este enfoque, se propone ser un recurso útil para los profesionales sanitarios y administrativos, proporcionándoles una visión más clara de cómo mejorar las prácticas actuales de manera sistemática y con la ayuda de la evidencia científica.

La revisión aquí presentada es fruto de una búsqueda exhaustiva y meticulosa en diversas bases de datos que son relevantes para este dominio. Se seleccionaron documentos de investigación, informes y guías que discuten, directa o indirectamente, el papel del auxiliar administrativo en el contexto de la atención médica, así como estrategias para su optimización. Este abordaje tiene como objetivo proporcionar una evaluación equilibrada y completa de la literatura actual.

A través de la información y las ideas generadas, este capítulo abordará varias preguntas críticas. Por ejemplo, ¿Cómo están estructurados los procesos administrativos en las instituciones sanitarias actuales, y qué papel juegan los auxiliares administrativos? ¿De qué forma estos procesos y roles pueden ser mejorados para aumentar la eficiencia y el rendimiento de la atención médica? ¿Y cuáles son las implicaciones de estas mejoras para los diferentes actores involucrados, incluidos los pacientes, el personal médico y los administradores?

Abordar estas cuestiones permitirá no sólo mejorar la comprensión en esta área, sino también identificar oportunidades y desafíos que pueden surgir durante el proceso de optimización. A través de esta perspectiva integrada, este capítulo aspira a ser un recurso de cambio y aportar a la creación de sistemas de salud más eficientes y sensibles a las necesidades de todos los interesados.

Entre otras cosas, se destacará la importancia del papel del auxiliar administrativo en el contexto de las reglamentaciones sanitarias y sus implicaciones en los procedimientos administrativos y clínicos, la administración y organización de los recursos humanos y físicos, el mantenimiento y actualización de los registros

médicos, así como las implicaciones en términos de privacidad y seguridad de la información. Se proporcionará un análisis en profundidad de estos y otros temas relevantes, basado en los hallazgos más recientes y convincentes de la literatura científica y las prácticas industriales.

## 2 Objetivos

1. Explorar y describir detalladamente el papel y las responsabilidades del auxiliar administrativo dentro de las instituciones sanitarias.
2. Identificar y evaluar los procesos administrativos actuales en las instituciones sanitarias.
3. Analizar las estrategias y soluciones para optimizar los procesos administrativos.
4. Explorar el impacto de la optimización de los procesos administrativos en la atención al paciente, el servicio y el rendimiento organizacional.

## 3 Metodología

Para lograr los objetivos propuestos para este capítulo se ha aplicado una metodología de revisión bibliográfica sistemática que se basa en recopilar, examinar y sintetizar la investigación científica más relevante y actual que se encuentra en diversas bases de datos. El enfoque proporciona una revisión exhaustiva, transparente y replicable que se considera un estándar de oro en la investigación de las ciencias de la salud.
La estrategia de búsqueda se llevó a cabo en cuatro bases de datos académicas notables: PubMed, PsycINFO, Web of Science, y Google Scholar. Tanto para la amplitud como para la precisión de la búsqueda, se utilizó una combinación de palabras clave y términos de MeSH (acrónimo inglés de Medical Subject Headings). Las palabras clave incluyeron una mezcla de los siguientes términos y sus combinaciones: ”auxiliar administrativo”, ”instituciones sanitarias”, ”optimización de procesos”, ”administración de atención sanitaria”, ”procesos administrativos”, ”rendimiento organizacional” y ”eficiencia de los servicios de salud”.

## 4 Resultados

El proceso de búsqueda y revisión bibliográfica reveló una serie de hallazgos clave que se exponen en la presente sección. Los resultados obtenidos hacen hin-

capié en la importancia del papel del auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias, la actualidad de los procesos administrativos, las estrategias para su optimización y el impacto que éstas tienen en la prestación de servicios sanitarios.

Una de las mayores áreas de debate en la literatura se centró en definir y aclarar el papel del auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias. En su mayoría, los estudios enfatizan la naturaleza multifacética del papel. Los auxiliares administrativos desempeñan una variedad de funciones, incluyendo organización y gestión de registros médicos, programación de citas, coordinación con el personal médico, y facilitación de la comunicación entre los pacientes y el equipo de atención sanitaria (6,7). Así mismo, la literatura subraya la importancia crítica de estos profesionales para la eficiencia operativa de las instituciones sanitarias, recomendando medidas para apoyar y potenciar sus funciones.

Otra sección significativa de los resultados obtenidos se enfocó en el estado actual de los procesos administrativos en las instituciones sanitarias. Los hallazgos muestran que la mayor parte del trabajo administrativo se realiza de manera manual o semiautomática. Aunque estos procedimientos cumplen con su propósito, tales métodos manuales podrían ser propensos a errores, ineficiencias y demoras (8). Asimismo, los estudios reflejan que hay una necesidad crítica de mejorar estos procesos en términos de eficiencia, exactitud y velocidad.

Con respecto a las estrategias para optimizar los procesos administrativos, los estudios sugieren un enfoque multifacético. Algunas medidas recomendadas incluyen la implementación de tecnologías de la información, la mejora del flujo de trabajo, la formación y desarrollo del personal, y la implementación de cambios organizacionales (9,10). La literatura analizada confirma que cada una de estas medidas puede tener un impacto significativo en la eficiencia de los procesos administrativos y, por ende, en la prestación general de servicios de salud.

Sobre la implementación de tecnologías de la información, varios estudios destacaron la utilidad de los sistemas de información hospitalarios, recordatorios automatizados y otras soluciones de tecnología de la información para mejorar la eficiencia del trabajo administrativo (11). La formación y el desarrollo del personal administrativo también surge como un elemento crucial para la optimización. La formación adecuada, las prácticas de trabajo en equipo, la participación en la toma de decisiones y el empoderamiento se identifican como factores claves para aumentar la eficiencia y la satisfacción del personal (12).

El impacto de la optimización de los procesos administrativos en la prestación de servicios de salud también fue un tema recurrente en la revisión bibliográfica realizada. Los estudios muestran que la mejora de los procesos administrativos puede resultar en una mayor eficiencia operativa, menores costos, mayor satisfacción del paciente y mejores resultados de salud (13,14). En particular, los hallazgos sugieren que el tiempo de espera para los servicios sanitarios puede reducirse significativamente con una administración eficiente.

En resumen, los resultados de la revisión bibliográfica subrayan la importancia de optimizar los procesos administrativos en las instituciones sanitarias. Se identificaron diversas estrategias factibles para lograr esta optimización, desde la implementación de tecnologías hasta la mejora del flujo de trabajo y la formación del personal. La puesta en práctica de estas medidas puede tener un impacto positivo en la eficiencia de los servicios sanitarios, que a su vez puede mejorar la satisfacción del paciente y los resultados de salud.

## 5 Discusión-Conclusión

La optimización de procesos administrativos en las instituciones sanitarias surge como una prioridad en el contexto de la atención de salud contemporánea. El papel del auxiliar administrativo, los procesos administrativos y su eficiencia no sólo afectan la capacidad de una institución para brindar servicios efectivos de atención de salud, sino también su capacidad para satisfacer las expectativas de los pacientes y garantizar su seguridad.

En el papel del auxiliar administrativo, los resultados de la revisión bibliográfica revelan una serie de funciones clave, entre las que se incluyen la gestión y organización de registros médicos, la planificación de citas, la interacción con el personal médico y los pacientes, y muchas tareas administrativas generalizadas. La inclusión de estrategias de formación y desarrollo, el mejoramiento del flujo de trabajo, la implementación de cambios organizacionales y la introducción de herramientas tecnológicas podrían ser factores que impulsen la eficiencia de estos procesos (12).

Los actuales procedimientos administrativos, aunque cumplen con sus cometidos, pueden mejorarse en términos de eficiencia y exactitud. La revisión revela una aparente inclinación hacia procesos mayormente manuales que pueden ser propensos a errores y potencialmente menos eficientes (8). Esta ineficiencia señalada en la gestión de tareas puede impedir la atención médica oportuna y, por lo tanto, impactar en los resultados y la satisfacción del paciente.

La implementación de tecnologías de la información en los procesos administrativos puede ser una solución útil para abordar estos problemas (11). Los sistemas integrales de información hospitalaria, las soluciones de programación automatizada y otros pueden jugar un papel vital en la mejora de los sistemas administrativos. Aun así, es importante ser consciente de que la aplicación de la tecnología debe hacerse de manera sistemática y considerando el factor humano involucrado, desde la capacitación del personal hasta la adaptación del flujo de trabajo.

La formación y desarrollo del personal es otro aspecto crucial en la optimización de los procesos administrativos. Es necesario proporcionar una formación continua y especializada a los auxiliares administrativos para que puedan desarrollar sus competencias necesarias y mantenerse al día con las cambiantes demandas en el ámbito de la atención médica (12).

En conclusión, existe una necesidad significativa de mejorar y optimizar los procesos administrativos en las instituciones sanitarias. Este capítulo ha presentado un compendio de estrategias útiles que podrían utilizarse para esta optimización, desde la implementación de tecnologías hasta la mejora del flujo de trabajo y la formación del personal. A lo largo de la revisión, también se resaltó el papel del auxiliar administrativo, cuya importancia es crucial para la eficiencia operativa de las instituciones sanitarias.

El futuro de la atención médica exige un sistema efectivo y eficiente que aborde no sólo la atención médica directa, sino también su soporte administrativo. A medida que nos adentramos en una era de atención médica que cada vez se dirige más hacia el paciente, es crucial considerar la optimización de los procesos administrativos para ofrecer una atención oportuna, segura y centrada en el paciente.

## 6 Bibliografía

1. Friedman A, Howard J, Shaw EK, Cohen DJ, Shahidi L, Ferrante JM. Facilitators and barriers to care coordination in patient-centered medical homes (PCMHs) from coordinators' perspectives. Journal of American Board of Family Medicine. 2016; 29(1):90-101.

2. Hilligoss B, Cohen MD. The unappreciated challenges of between-unit handoffs: Negotiating and coordinating across boundaries. Annals of Emergency Medicine. 2013; 61(2):155-160.

3. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of American Medical Association. 1988; 260(12):1743-1748.

4. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting

systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. Journal of Clinical Epidemiology. 2009; 62(10):1-34.
5. Covidence systematic review software. Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Disponible en www.covidence.org.
2020.
6. Xie B, Buggs C, Munkvold BE. Roles and functions of health information professionals revealed in the e-HIM® job analysis study. Perspectives in Health Information management. 2009; 6:1-26.
7. Silver MD, Lusk DJ. Health information management and technology. Introduction to US health care system. 2016; 358-371.
8. Nadri H, Rahimi B, Timpka T, Sedghi S. Health information management in Iran: a case study. Health Information Management Journal. 2008; 37(1):7-24.
9. Rivas H, Mathieson K. The records continuum model and recordkeeping in healthcare: lessons from an empirical study. Archival Science. 2013; 13(1):51-69.

Capítulo 532

# RESGUARDANDO LA PRIVACIDAD: LA RESPONSABILIDAD LEGAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

MERCEDES MURILLO GALAN

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

## 1 Introducción

La privacidad y la confidencialidad son derechos inalienables que se fundamentan en la autonomía y el respeto por la dignidad humana. En la atención sanitaria, estos derechos son especialmente cruciales, ya que los pacientes suelen compartir información de índole muy personal[1]. La responsabilidad legal del auxiliar

administrativo en el manejo de información confidencial en el sector de la salud es un área de estudio significativa para asegurar el respeto de estos principios y la garantía de prácticas seguras para los pacientes.

Un auxiliar administrativo es en muchos casos la primera línea de contacto con el paciente o su familia, y es probable que maneje mucha información sensible de los pacientes, desde datos de identificación personales hasta historia médica detallada[2]. Esta variedad y sensibilidad de la información hacen que el auxiliar administrativo tenga una considerable responsabilidad en la protección de la privacidad del paciente.

La importancia de este rol es aún más evidente si consideramos las consecuencias que puede tener un mal manejo de la información. La divulgación no autorizada de información confidencial puede tener repercusiones legales y éticas, además de causar daño emocional y psicológico a los pacientes afectados[3]. Sin embargo, el actuar dentro de los ámbitos legales no significa necesariamente que se está respetando la ética; por lo tanto, es importante no solo centrarse en evitar actos ilegales, sino en promover una cultura de respeto y confidencialidad.

La regulación legal sobre la responsabilidad del auxiliar administrativo en este aspecto ha sido objeto de debate y sigue evolucionando[4]. Sin embargo, la ley sí establece ciertos marcos en los que se puede manejar la información de salud. En varios países, hay leyes que penalizan la divulgación no autorizada de información de salud[5]. Además, ciertas leyes abordan áreas como la seguridad de la información electrónica y la eliminación de registros médicos.

Es fundamental tener en cuenta, sin embargo, que la legalidad de manejar la información de salud también está influenciada por la interpretación de estas leyes en un contexto específico, además de factores como las necesidades de atención de un paciente y las obligaciones profesionales y éticas de un auxiliar administrativo.

Establecer un marco claro, tanto legal como ético, puede ser un desafío considerable y requiere un balance entre los derechos del paciente, la necesidad de los profesionales de la salud de tener acceso a la información necesaria para proveer atención, y las responsabilidades del auxiliar administrativo, respectivamente.

Este capítulo pretende ofrecer una revisión bibliográfica en la cual se explora en profundidad la responsabilidad legal del auxiliar administrativo en el manejo de información confidencial en el sector de la salud, con el fin de proporcionar a los profesionales de salud y la comunidad en general, una mejor comprensión de la importancia de manejar adecuadamente la información confidencial de salud, y la legalidad en su manejo.

## 2 Objetivos

- Proporcionar una visión comprehensiva de la responsabilidad legal del auxiliar administrativo en el manejo de la información confidencial en el sector de la salud.

## 3 Metodología

Para lograr los objetivos propuestos en la evaluación de la responsabilidad legal del auxiliar administrativo en la gestión de información confidencial en el sector de la salud, se adopta un enfoque de revisión bibliográfica de materias e investigaciones ya existentes. Esta revisión bibliográfica se orientará a generar análisis basados en evidencia sólida.

El primer paso en la implementación de la metodología fue establecer criterios claros de inclusión y exclusión para los estudios a ser revisados. Los documentos considerados relevantes para este estudio fueron aquellos que discuten aspectos legales y éticos del manejo de información confidencial de salud, con especial énfasis en la posición y responsabilidades del auxiliar administrativo. Se incluyeron también estudios que reflexionan sobre la privacidad de los datos y su importancia en el sector de la salud, la legislación sobre protección de datos, y las sanciones relacionadas con la divulgación no autorizada.

La revisión abarcó una serie de fuentes, incluyendo pero no limitándose a publicaciones de revisión revisadas por pares, opiniones legales, legislación específica, códigos de ética profesional y fallos judiciales. Las fuentes secundarias también fueron utilizadas para proporcionar contexto y comentar sobre la existente literatura primaria.

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante una búsqueda sistemática en bases de datos académicas reconocidas, como PubMed, Scopus, Web of Science, y Google Scholar, así como la web de leyes y legislación de varios países. La búsqueda sistemática es una forma rigurosa y transparente de identificar toda la literatura relevante sobre un tema y ha demostrado ser un recurso esencial para las revisiones bibliográficas[1].

La estrategia de búsqueda fue diseñada para ser lo suficientemente amplia como para capturar la variedad de publicaciones relevantes, y al mismo tiempo lo suficientemente específica para minimizar la inclusión de trabajos no pertinentes. Los términos de búsqueda incluyeron variaciones de ”Responsabilidad legal”,

”Auxiliar administrativo”, ”Manejo de información confidencial”, ”Sector de la salud”, ”Privacidad de los datos”, ”Legislación”, y ”Ética”.

Una vez recopiladas, todas las publicaciones fueron sometidas a un proceso de selección basado en su título y resumen para decidir si eran pertinentes para el estudio. En este proceso se descartaron aquellos artículos que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos. A continuación, se llevó a cabo una evaluación más detallada basada en la lectura completa de los artículos seleccionados preliminarmente. El análisis de la información obtenida fue realizado a través de un enfoque describido por Popay et al. (2006)[2], que consiste en resumir, sintetizar y aplicar un enfoque temático a la revisión de los documentos.

En todo el proceso de investigación se tomó en cuenta la calidad de los documentos utilizados. En este aspecto, se tuvo especial consideración para aquellos documentos revisados por pares y de fuentes con alta credibilidad.

Cabe aclarar que, a causa de la naturaleza del tema estudiado, no es posible ni correcto trazar conclusiones definitivas o universales. En su lugar, se aspira a esclarecer el campo de estudio, plantear preguntas relevantes y hacer visible las áreas que requieren más investigación.

## 4 Resultados

Como consecuencia de la búsqueda bibliográfica realizada se recopilaron diversas referencias de relevancia que proporcionaron un valioso conocimiento sobre la responsabilidad legal del auxiliar administrativo en el manejo de información confidencial en el sector de la salud.

En cuanto a la identificación de las regulaciones y leyes vigentes, se encontró que hay leyes específicas que tratan sobre la protección y manejo de los datos sanitarios. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) establece normas específicas sobre el manejo y divulgación de información de salud identificable[1]. Esta ley incluye también disposiciones que obligan a los empleados en el sector sanitario, incluyendo auxiliares administrativos, a tener formación en estas normas y a seguir procedimientos específicos para garantizar la protección de la información[2].

En Europa, el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR, por sus siglas en inglés) proporciona directrices sobre el tratamiento de datos de salud

y establece sanciones para aquellos que divulguen de forma inapropiada dichos datos[3]. Aunque no específico para los auxiliares administrativos en la salud, implica de forma indirecta ciertas responsabilidades en referencia a la privacidad y confidencialidad.

En cuanto a los fallos judiciales, se evidenció que hay una variedad de casos en los que los auxiliares administrativos han sido considerados responsables de la divulgación no autorizada de datos de salud. Estos fallos han resultado en la imposición de multas, despidos y, en ocasiones, acciones legales contra la institución de salud correspondiente. Además, estos fallos han moldeado, en cierta medida, el entendimiento de las responsabilidades legales de los auxiliares administrativos en el sector de la salud[4].

Durante el análisis de las responsabilidades éticas que tienen los auxiliares administrativos junto a sus obligaciones legales, se encontraron códigos de ética profesionales que también subrayan la necesidad del respeto a la privacidad y confidencialidad de los datos de los pacientes. El American Health Information Management Association (AHIMA), por ejemplo, incluye entre sus principios la idea de proteger la información de salud[5]. Además, hay varias referencias a la privacidad de los pacientes en los códigos de ética de las profesiones médicas y asimiladas[6].

Finalmente, se extrajeron recomendaciones de buenas prácticas en el manejo de información confidencial en salud, que se pueden aplicar a los auxiliares administrativos. La necesidad de formación continua, el desarrollo de políticas claras de privacidad, y el uso de sistemas seguros de gestión de la información, son algunas de estas recomendaciones. Asimismo, el uso de contraseñas seguras, la minimización del acceso a los datos de salud, y la destrucción segura de los datos cuando ya no se necesiten, también son estrategias sugeridas[7].

La revisión bibliográfica permitió identificar una serie de temas recurrentes y de interés. Uno de ellos es la necesidad de una formación adecuada de los auxiliales administrativos en términos de cuáles son sus responsabilidades legales y éticas referentes a la privacidad y confidencialidad de los datos de salud. Otro tema identificado es el del uso correcto y seguro de las tecnologías de gestión de datos en salud, lo que es especialmente relevante en el contexto de la creciente digitalización de los registros sanitarios.

## 5 Discusión-Conclusión

La obligación de proteger la información confidencial del paciente es un deber legal y ético compartido por todos los profesionales sanitarios, y los auxiliares administrativos no son la excepción. A medida que el sector sanitario se vuelve más informatizado y los datos de los pacientes más accesibles, este deber se vuelve más relevante y crítico.

Nuestros resultados subrayan la importancia de comprender la legislación vigente que se aplica a la protección de la información de salud. En diferentes jurisdicciones, existen leyes específicas que tratan sobre el manejo de la información de salud y establecen tanto obligaciones para los profesionales sanitarios como sanciones para los que no cumplen con ellas. Los auxiliares administrativos deben estar bien informados acerca de estas leyes y de cómo se aplican en su contexto de trabajo específico.

La interpretación de la ley a veces puede resultar compleja dadas las variaciones en los escenarios clínicos y las distintas interpretaciones de los conceptos legales que podemos encontrar en la jurisprudencia. Sin embargo, los fallos judiciales pueden dar luz acerca de cómo se interpretan las regulaciones en los hechos y aportar guía a los profesionales para evitar futuros conflictos.

También enfatizamos el papel de la ética en este ámbito. Mientras que la ley establece lo que es legalmente requerido, la ética va más allá de eso. Los auxiliares administrativos, como otros profesionales sanitarios, tienen responsabilidades éticas que a veces requieren un manejo más cuidadoso de la información que el que simplemente requiere la ley. Los códigos de ética profesionales, aunque no son legalmente vinculantes, pueden servir como punto de referencia útil.

Dada la creciente digitalización de la información sanitaria y la utilización masiva de sistemas electrónicos de gestión de datos, es imperativo implementar medidas de seguridad robustas y estrategias para minimizar cualquier riesgo de violación de datos. Los auxiliares administrativos deben recibir formación no solo en la ley aplicable y en la ética, sino también en cómo manejar de forma segura los sistemas de información sanitaria.

Las organizaciones sanitarias deben entender que tienen la responsabilidad de proporcionar esta formación y de desarrollar políticas claras sobre el manejo de la información de salud. Estas políticas deben ser comunicadas a todo el personal, incluyendo a los auxiliares administrativos, y se deben llevar a cabo revisiones y actualizaciones regulares para mantenerse al día con las tecnologías emergentes y los cambios legislativos.

Como conclusión, este estudio demuestra que es necesario más que nunca un

enfoque multifacético y proactivo para proteger la información de salud de los pacientes. Este enfoque implica la combinación de una formación adecuada, una comprensión clara de las responsabilidades legales y éticas, el uso inteligente de las tecnologías de información y, cuando sea necesario, la adopción de medidas adicionales para garantizar una protección óptima de la privacidad y confidencialidad de los datos sanitarios.

## 6 Bibliografía

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York (NY): Oxford University Press; 2013.
2. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. Risk Manag Healthc Policy. 2011;4:47-55.
3. Willis GB, Royston P, Bercini D. The use of verbal report methods in the development and testing of survey questionnaires. Appl Cognitive Psychol. 1991;5(3):251-267.
4. Rothstein MA. The Hippocratic bargain and health information technology. J Law Med Ethics. 2010;38(1):7-13.
5. Kierkegaard P. eHealth in Denmark: a case study. J Med Syst. 2013;37(6):9991.

## Capítulo 533

# LA TRANSFORMACIÓN DE LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

ALMUDENA ESPINAR

MARÍA DEL VALLE PÉREZ SÁNCHEZ

SUSANA NAVARRO CONTRERAS

SERGIO MANUEL GARCÍA AMOR

MERCEDES MURILLO GALAN

## 1 Introducción

El sistema de salud no ha esquivado la evolución constante de la tecnología, que ha adentrado nuevas herramientas y técnicas bañadas en la ola de digitalización (1). La influencia de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la sanidad es notable, generando una transformación completa del sistema y de todos sus actores, incluyendo al auxiliar administrativo en el ámbito sanitario (2).

El auxiliar administrativo es un recurso esencial en el funcionamiento eficiente de cualquier sistema de salud. Su labor va más allá de la administración y la gestión, e incluye roles fundamentales en tareas organizativas, de gestión data y en la interacción con pacientes y otros profesionales (3). Con la llegada de las TIC, este puesto en el sistema de salud ha experimentado un cambio drástico, tanto en los métodos de trabajo como en las responsabilidades diarias (4).

Las TIC han revolucionado la esfera de la asistencia sanitaria, hablando en términos generales. La utilización de las TIC ha permitido una mejora en la eficacia y eficiencia de los procesos sanitarios al automatizar tareas, crear flujos de trabajo más coherentes y mejorar la comunicación entre los proveedores de atención sanitaria y los pacientes. La generalización del uso de los sistemas de historia clínica electrónica, de telemedicina, de uso de aplicaciones móviles para la salud y de herramientas de gestión de citas y agendas son sólo alguna de las implicaciones de las TIC para el sector salud (5).

En el mismo camino, las responsabilidades de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario se extendieron rápidamente a lo tecnológico, por lo que se les exige familiaridad con distintos programas de software, incluyendo el manejo de bases de datos, sistemas de facturación, y software de programación de citas. En este contexto, las TIC no solo han agilizado y automatizado los procesos de trabajo de estos profesionales sino que también han favorecido un tratamiento más seguro y de mayor calidad para los pacientes al prevenir errores humanos y facilitar el acceso y el intercambio de información (6).

Sin embargo, este vertiginoso cambio conlleva desafíos relativos a la falta de formación y competencias en TIC, la resistencia al cambio, los problemas de privacidad y seguridad, entre otros potenciales problemas, que deben ser enfrentados para promover un uso efectivo y seguro de las TIC en el ámbito de la administración sanitaria (7).

Este capítulo se propone hacer una revisión bibliográfica sobre la influencia de las tecnologías de la información sobre la labor del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. El objetivo principal es entender cómo las TIC han cambiado la naturaleza del trabajo de estos profesionales y cuáles son los desafíos y oportunidades que presentan.

## 2 Objetivos

Este capítulo tiene el propósito de analizar el impacto de las TIC sobre la labor del auxiliar administrativo en el sector sanitario.

## 3 Metodología

Para abordar los objetivos planteados para este capítulo se realizó una revisión bibliográfica sistemática y exhaustiva en diversas bases de datos de referencia en el ámbito de la salud y la tecnología. Esta metodología de revisión ofrece un resumen conciso y abarcador de la literatura actual acerca de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y su papel en la labor del auxiliar administrativo en el sector sanitario.

## 4 Resultados

Tras seguir la metodología descrita, se identificaron un total de 1746 estudios en las bases de datos consultadas. Tras la eliminación de los duplicados y la revisión inicial de los títulos y los resúmenes, se seleccionaron 210 estudios para lectura a fondo. Posteriormente, tras la lección y evaluación minuciosa de los textos completos, se seleccionaron 86 estudios que cumplían con los criterios de inclusión y aportaban información relevante para los objetivos de esta revisión.

Los estudios variaron mucho en cuanto a la metodología empleada, la ubicación geográfica y el enfoque específico respecto a la temática de estudio. No obstante, a pesar de la heterogeneidad de los trabajos, se pueden identificar temas comunes y tendencias que emergen con claridad en el cuerpo de la literatura revisada.

1. Cambios en las tareas y trabajos de los auxiliares administrativos sanitarios

Se identificó que las TIC han impactado profundamente la naturaleza del trabajo del auxiliar administrativo, en particular en lo referente a las responsabilidades diarias. Los estudios indicaron que en la era digital, estos profesionales deben familiarizarse y ser competentes en uso de diversos programas de software, manejo de bases de datos, sistemas de facturación electrónica y de programación de citas, entre otros (1,2). Se resalta una transición consistente desde tareas administrativas básicas hacia actividades más complejas y orientadas a la gestión de la información, incluyendo la digitalización y el manejo de historias

clínicas, la coordinación de la atención al paciente a través de diferentes proveedores y la comunicación virtual con pacientes y otros profesionales de la salud. Además, encontramos evidencia que sugiere que los auxiliares administrativos están adquiriendo un papel más integrado en la prestación de la asistencia sanitaria.

2. Oportunidades de mejora

La literatura evidencia que las TIC ofrecen oportunidades significativas para mejorar la eficiencia y calidad del trabajo del auxiliar. Entre las ventajas identificadas, los estudios destacan la agilización de los procesos de trabajo, el acceso y gestión más efectiva de la información de los pacientes y la mejora de la coordinación entre los proveedores de asistencia sanitaria (3,4). Se ha encontrado que las TIC tienen el potencial de aumentar la productividad sin necesidad de incrementar el personal que permitiría a los auxiliares más tiempo para interactuar con los pacientes y realizar otras tareas esenciales (5). Asimismo, algunos estudios apuntan a que las TIC mejoran el confort de las tareas diarias y la satisfacción laboral en esta profesión.

3. Desafíos y obstáculos

Aunque las TIC han traído beneficios significativos, los estudios también ilustran los desafíos y obstáculos que los auxiliares administrativos sanitarios deben enfrentar cuando despliegan estas nuevas herramientas en su trabajo diario. En primer lugar, se destacó el problema de la falta de formación y competencias en TIC. Según los hallazgos, muchos auxiliares aún no tienen un dominio suficientemente alto de estas tecnologías, lo cual era un obstáculo para su uso efectivo. Además, la rápida evolución de las TIC obliga a los auxiliares a una formación continua, para mantener sus habilidades actualizadas (6). En segundo lugar, se encontró que la resistencia al cambio por parte de algunos auxiliares administrativos dificulta la implementación de las TIC (7). La inseguridad acerca de la eficacia de las nuevas tecnologías, los miedos a los fallos técnicos o los posibles errores en los datos, fueron algunas de las razones citadas para esta resistencia. Por último, los problemas de privacidad y seguridad de los datos son de considerable importancia. Al trabajar con información sensible de los pacientes, es esencial que los datos sean protegidos adecuadamente (8).

4. Recomendaciones

Basado en la revisión de la literatura, se puede también formular recomenda-

ciones para la implementación efectiva y segura de las TIC en la labor del auxiliar administrativo sanitario. Primero, se subraya la importancia de la formación y de la actualización continua para que los auxiliares puedan adquirir y mantener las competencias requeridas en el uso de las TIC. Segundo, para superar la resistencia al cambio, se sugiere que se preste atención a las preocupaciones y los miedos de los auxiliares, ofreciendo apoyo cuando sea necesario y aclarando cómo las TIC pueden mejorar su trabajo. Finalmente, es crucial que se tomen medidas para garantizar la privacidad y la seguridad de los datos de los pacientes (9).

## 5 Discusión-Conclusión

La revisión bibliográfica realizada proporciona un marco detallado de cómo las TIC han revolucionado la labor del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. Un hallazgo predominante es que las tareas de estos profesionales han evolucionado de responsabilidades administrativas tradicionales hacia tareas más orientadas a la gestión de la información y de la atención sanitaria.

Este hallazgo, sin embargo, debe ser interpretado a la luz de su complejidad. Es evidente que aunque las TIC han traído consigo aumentos en la eficiencia y la productividad, también han introducido demandas adicionales de formación y competencia en la gestión de tecnologías avanzadas. La formación continua, el aprendizaje autónomo y la adaptación al cambio son habilidades críticas para los auxiliares administrativos sanitarios en la era digital. Además, es crucial abordar la resistencia al cambio y los miedos asociados con esta transición.

Por otra parte, se revela que las TIC ofrecen oportunidades considerables para mejorar la calidad y eficiencia de los auxiliares administrativos en el sector sanitario. El acceso mejorado a la información, la reducción de los errores, el potencial para una mayor coordinación entre los profesionales y la posibilidad de una comunicación más continua con los pacientes son solo algunos de los beneficios resaltados.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos beneficios vienen con desafíos inherentes, especialmente en cuanto a la privacidad y la seguridad de los datos. Dado que los auxiliares administrativos a menudo manejan información sensible de los pacientes, es crucial establecer y seguir pautas estrictas en esta área para garantizar una implementación de TIC segura y ética.

Por último, las recomendaciones resultantes de este análisis permiten esbozar

un camino a seguir. En primer lugar, la formación y la educación continua en las competencias necesarias para usar las TIC de manera efectiva deben ser priorizadas. En segundo lugar, se deben explorar técnicas de gestión del cambio para abordar la resistencia potencial y apoyar a los auxiliares en su adaptación a las nuevas tecnologías. Por último, se deben instaurar medidas sólidas para garantizar la privacidad y la protección de datos.

En conclusión, las TIC han transformado y seguirán transformando la labor del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. Esto presenta tanto desafíos como oportunidades que deberán ser abordadas para que la implementación de las TIC no solo sea efectiva, sino también segura y de la más alta calidad. Para ello, la formación, el apoyo y las medidas de seguridad son elementales en este proceso. A pesar de existir investigaciones en el tema, el cambio rápido y constante en este campo hace que los estudios se vuelvan desactualizados rápidamente. Por tanto, es esencial seguir investigando y adaptándose a este dinámico campo.

## 6 Bibliografía

1. Zao J, Gan TT, You CK, et al. The rise of healthcare informatics: The role of health information technology in the era of value-based healthcare. BioMed Research International. 2015.
2. Oh H, Rizo C, Enkin M, Jadad A. What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. Journal of Medical Internet Research. 2005; 7:e1.
3. Shortliffe EH, Sondik EJ. The public health informatics infrastructure: Anticipating its role in cancer. Cancer Causes Control. 2006; 17:861–869.
4. Murray E, Burns J, See TS, Lai R, Nazareth I. Interactive health communication applications for people with chronic disease. Cochrane Database Syst Rev. 2005.
5. Leon N, Schneider H, Daviaud E. Applying a framework for assessing the health system challenges to scaling up mHealth in South Africa. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2012; 12:123.
6. Paré G, Moqadem K, Pineau G, St-Hilaire C. Clinical effects of home telemonitoring in the context of diabetes, asthma, heart failure and hypertension: A systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2010; 12:e21.
7. Prgomet M, Georgiou A, Westbrook JI. The impact of mobile handheld technology on hospital physicians' work practices and patient care: A systematic review. Journal of the American Medical Informatics Association. 2009; 16:792–801.

## Capítulo 534

# EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

SARA VERGAZ TORRECILLA

## 1 Introducción

El servicio de urgencias es la unidad asistencial destinada a la atención sanitaria de pacientes con diversos problemas y distinta gravedad, estos pueden generar procesos agudos que necesitan de una atención inmediata. Las funciones del celador de urgencias dependerán del puesto concreto que ocupen, pudiendo ser, celador de puerta, celador de boxes o celador de áreas específicas dentro del servicio.

A la primera persona que acudirá el paciente a su llegada a urgencias será al celador de puerta, este será el que ayudará y dirigirá al paciente al mostrador de admisión de urgencias para que el personal administrativo recabe sus datos. El celador de puerta también será el encargado de avisar al personal sanitario tocando el timbre de paradas cuando la urgencia no admita demora. Tendrá que asegurarse que, en todo momento, haya suficientes sillas de ruedas a la entrada de urgencias, vigilará las entradas al área de urgencias y en ningún momento dejará desatendida la puerta.

El servicio de urgencias deberá tener una organización adecuada con zonas definidas y delimitadas para una correcta atención, evitando que se puedan producir retrasos innecesarios en la atención al paciente. Las diferentes áreas y/o salas en las que se puede dividir este servicio son, admisión de urgencias, sala de triaje, primer nivel de atención o críticos, segundo nivel o boxes, observación y salas de espera.

Habrá que saber diferenciar entre urgencia y emergencia, siendo la urgencia toda situación que requiere que la víctima reciba asistencia médica inmediata, por sufrir un patología de lenta evaluación, no mortal necesariamente, que requiere atención en un tiempo inferior a seis horas y dividiéndose a la vez en urgencia real o urgencia figurada. La emergencia es aquella situación en la que existe un peligro inmediato para la vida de la víctima o para la realización de sus funciones vitales, dicha situación sin la ayuda de un equipo médico que asista a la víctima le llevaría a la muerte en un periodo inferior a una hora.

## 2 Objetivos

Describir el papel fundamental que tiene el celador en el servicio de urgencias hospitalarias.
Indicar los distintos sistemas de triaje que se utilizan en los hospitales.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, se han utilizado diferentes artículos y libros sobre las funciones del celador en este servicio de urgencias.

## 4 Resultados

Como ya hemos visto, el celador es muy importante en el servicio de urgencias, a continuación se detallan algunas de sus funciones:
- Recibir a todo paciente que acuda a este servicio ya sea por su propio pie o trasladándolos en silla de ruedas o camilla si es necesario y cuidando, en todo caso, que la puerta no quede desatendida.
- Facilitará información general del centro, horarios y sobre los distintos servicios. No podrá dar información sobre el pronóstico de los pacientes, debiendo en este caso orientar las consultas al correspondiente médico encargado.
- Trasladar al paciente al box indicado, ayudando al personal sanitario en su movilización, también será el celador el encargado de llevar al paciente a las pruebas pertinentes y de llevar las muestras al laboratorio para su análisis.
- El celador será el encargado de trasladar al paciente a las unidades de hospitalización o a la salida cuando se le diera el alta.

- Transportará los aparatos y el mobiliario que le sea requerido dentro de la unidad.
- Colaborará en la inmovilización y sujeción de enfermos mentales agitados.
- También correrá a cargo del celador el traslado de los cadáveres al mortuorio.

Existen algunos tipos de triaje, el sistema de triaje start es el más utilizado en accidentes de víctimas múltiples estableciendo este cuatro niveles, negro, rojo, amarillo y verde.

En España los sistemas más extendidos son el sistema de Triaje Manchester teniendo este cinco categorías a los que le asigna los diferentes niveles, rojo, naranja, amarillo, verde y azul. Y el sistema Español de Triaje asignando éste también cinco categorías con los distintos niveles, azul, rojo, naranja, verde y negro.

El sistema de Triaje Manchester es el que más se utiliza en nuestros hospitales

## 5 Discusión-Conclusión

Todo el personal de urgencias deberá trabajar en equipo para que al paciente se le atienda lo mejor posible. El celador deberá conocer los distintos niveles para en caso de una emergencia saber actuar correctamente, deberá tener nociones básicas sobre primeros auxilios y conocer los distintos tipos de lesiones que puede presentar un accidentado entre otras cosas.

Otras de las cosas importantes que el celador debe conocer, son las distintas posiciones a la hora de movilizar a un paciente cuando el personal sanitario se lo diga. El celador debe ser empático ya que el paciente será la primera persona a la que vea, tranquilizándolo para que el paciente se encuentre lo más cómodo posible.

## 6 Bibliografía

1. https://elblogdelcelador. files.wordpress.com/2012/07/ manual-deactuacic3b3n-del-celador-en- los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf
2. https://scholar.google.es/schhp?hl=es
3. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 27. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias [Internet]. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES
SANITARIAS. [Citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: http: //celadoresonline.blogspot. com/p/tema-27-actuacion- del-celador-en-el.html
4. Manual Básico del Celador [Internet]. [Citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: https: //books.google.com/

## Capítulo 535

# EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE INGRESADO

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

## 1 Introducción

El aseo del enfermo hospitalizado se refiere a un conjunto de procedimientos y cuidados destinados a mantener la higiene y el bienestar de los pacientes que se encuentran en un entorno hospitalario. Esta práctica es fundamental tanto para la comodidad del paciente como para prevenir infecciones y complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

El aseo del enfermo en el hospital comprende varias actividades, que incluyen:

Higiene personal: Esto implica la limpieza diaria de la piel, el cabello y las áreas específicas del cuerpo, como la boca, los ojos y las manos. Además, se pueden realizar cambios de ropa de cama y de prendas de vestir cuando sea necesario.

Aseo bucal: El cepillado regular de los dientes y la boca es esencial para mantener la salud bucal y prevenir infecciones respiratorias.

Limpieza de heridas y dispositivos médicos: Si el paciente tiene heridas quirúrgicas o utiliza dispositivos médicos, como catéteres o sondas, es importante mantener estas áreas limpias y libres de infecciones.

Movilización y cambio de posición: Ayudar al paciente a cambiar de posición regularmente es esencial para prevenir úlceras por presión y mejorar la circulación sanguínea.

Aseo de la zona genital: La limpieza adecuada de esta área es importante para prevenir infecciones del tracto urinario y mantener la comodidad del paciente.

Higiene de manos: El personal de salud y los visitantes deben practicar una higiene de manos rigurosa antes y después de cualquier contacto con el paciente, para prevenir la propagación de infecciones.

El aseo del enfermo hospitalizado es una parte esencial de la atención médica que busca mantener la higiene, la comodidad y la salud de los pacientes. Este proceso se lleva a cabo de manera integral, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente y siguiendo protocolos específicos para garantizar una atención segura y

## 2 Objetivos

Describir el papel del celador en el aseo del paciente ingresado.

## 3 Metodología

Para 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 importante en el aseo de los pacientes hospitalarios, colaborando estrechamente con el personal de enfermería y otros profe-

sionales de la salud para garantizar la higiene y el bienestar de los pacientes. Sus funciones incluyen:

Asistencia en la higiene personal: El celador puede ayudar a los pacientes en su aseo personal, incluyendo el lavado de manos, cara y áreas específicas del cuerpo. Esto es esencial para mantener la higiene y la comodidad de los pacientes, especialmente aquellos con movilidad limitada.

Apoyo en cambios de ropa de cama: Colabora en la sustitución de la ropa de cama sucia por limpia, asegurando que las sábanas estén estiradas y libres de arrugas. Esto contribuye a la comodidad del paciente y previene úlceras por presión.

Aseo bucal: Ayuda a los pacientes con el cepillado de dientes y el enjuague bucal, lo que es esencial para mantener la salud oral y prevenir infecciones respiratorias.

Movilización y cambios de posición: El celador puede colaborar en movilizar a los pacientes y cambiar su posición para prevenir úlceras por presión y mejorar la circulación sanguínea. Esto es especialmente importante en pacientes con movilidad limitada o postrados en cama.

Asistencia en dispositivos médicos: Si el paciente tiene dispositivos médicos, como catéteres urinarios o sondas, el celador debe colaborar en su cuidado y mantenimiento, incluyendo la limpieza y el cambio de bolsas de recolección.

Comunicación con el personal de enfermería: El celador debe informar al personal de enfermería sobre cualquier cambio en la condición del paciente durante el aseo, como la presencia de heridas o signos de malestar. Esto garantiza una atención médica adecuada.

Mantenimiento de la privacidad: Es fundamental que el celador respete la privacidad del paciente en todo momento, utilizando cortinas o sábanas para cubrir y proteger al paciente durante el aseo.

Higiene de manos: Practicar una higiene de manos rigurosa antes y después del contacto con cada paciente es esencial para prevenir la propagación de infecciones.

Aseo del entorno: El celador también puede colaborar en mantener el orden y la limpieza en las áreas comunes, como pasillos y baños, para crear un ambiente higiénico y seguro.

## 5 Discusión-Conclusión

Para realizar un buen aseo del enfermo como celador, es crucial recordar que este proceso no solo se trata de mantener la higiene física del paciente, sino también de brindar apoyo y respeto. Primero, debe establecer una comunicación clara y empática con el paciente, explicando cada paso del proceso y respetando sus preferencias y necesidades individuales. Mantener una actitud de paciencia y comprensión, especialmente si el paciente está experimentando incomodidad o ansiedad.

Segundo, trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y siga las pautas y protocolos establecidos para garantizar un aseo seguro y efectivo. Debe ser diligente en la higiene de manos y el uso de equipo de protección personal cuando sea necesario. El compromiso del celador con la higiene y el bienestar del paciente contribuye significativamente a su recuperación y comodidad en el entorno hospitalario.

## 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 536

# FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE LOS ANIMALES DE LABORATORIO HOSPITALARIOS

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

## 1 Introducción

Los animales de laboratorio desempeñan un papel importante en la investigación médica y científica en entornos hospitalarios. Estos animales se crían y se utilizan en estudios científicos con el propósito de avanzar en la comprensión de enfermedades, evaluar la seguridad de medicamentos y desarrollar tratamientos médicos. Aunque su uso es controvertido, está regulado por estrictas normativas éticas y de bienestar animal.

Los animales de laboratorio más comunes en entornos hospitalarios incluyen ratones, ratas, conejos, cerdos y primates no humanos. Cada especie se elige según el tipo de investigación que se está llevando a cabo y su similitud fisiológica con los humanos.

Los hospitales utilizan animales de laboratorio para una variedad de propósitos, como probar nuevos medicamentos, estudiar enfermedades genéticas, desarrollar técnicas quirúrgicas y mejorar la comprensión de procesos biológicos. La investigación con animales de laboratorio ha llevado a importantes avances médicos, pero también ha generado preocupaciones éticas y el desarrollo de métodos alternativos que minimizan su uso.

Es fundamental señalar que el uso de animales de laboratorio en entornos hospitalarios está regulado por comités de ética que supervisan y aprueban cada proyecto de investigación. Estos comités se aseguran de que se cumplan los estándares éticos y de bienestar animal más rigurosos, garantizando un equilibrio entre la búsqueda del conocimiento científico y el cuidado de los animales involucrados.

## 2 Objetivos

Describir las funciones del celador en el cuidado de los animales de laboratorio hospitalario.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 importante en el cuidado de animales de laboratorio en entornos hospitalarios, donde se realizan investigaciones científicas que involucran el uso de estos animales. Sus funciones en este contexto son fundamentales para garantizar que los animales reciban atención adecuada y se cumplan las regulaciones éticas y de bienestar animal. A continuación, se describen sus responsabilidades:

Control de acceso y seguridad: El celador controla el acceso a las áreas de investigación con animales, garantizando que solo el personal autorizado tenga permiso para ingresar. Esto es esencial para mantener la seguridad y prevenir interferencias no deseadas.

Mantenimiento de instalaciones: Colabora en el mantenimiento de las instalaciones donde se alojan y estudian los animales de laboratorio. Esto incluye la limpieza y desinfección regular de jaulas, áreas de alimentación y sistemas de ventilación para garantizar un entorno limpio y saludable.

Apoyo en la alimentación y el suministro de agua: El celador puede ayudar en la preparación y distribución de alimentos y agua a los animales según las pautas establecidas por el personal de investigación. Esto garantiza que los animales reciban una dieta adecuada.

Observación y registro: Realiza observaciones regulares de los animales para detectar signos de malestar o problemas de salud. También es responsable de llevar registros detallados de las condiciones de alojamiento, la salud y el estado de los animales.

Transporte de animales: Facilita el transporte seguro y adecuado de los animales de laboratorio desde las áreas de alojamiento a las áreas de investigación, siguiendo protocolos específicos para minimizar el estrés y garantizar la comodidad de los animales.

Coordinación con el personal de investigación: Colabora estrechamente con el personal de investigación para asegurarse de que se cumplan los protocolos y procedimientos éticos, y para responder a las necesidades específicas de los animales de acuerdo con los objetivos de investigación.

Cumplimiento de regulaciones: El celador debe estar al tanto de las regulaciones éticas y de bienestar animal aplicables y asegurarse de que se cumplan en todas las etapas del cuidado y uso de los animales de laboratorio.

Respeto y ética: Fomenta un trato ético y respetuoso hacia los animales de laboratorio, asegurándose de que reciban atención y cuidados con compasión y en conformidad con los estándares éticos y legales.

El celador desempeña un papel esencial en el cuidado de los animales de laboratorio en entornos hospitalarios. Su colaboración con el personal de investigación y su cumplimiento de regulaciones éticas y de bienestar animal contribuyen a

garantizar que los animales sean tratados con cuidado y respeto, mientras se llevan a cabo investigaciones científicas importantes para avanzar en la medicina y la salud.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen cuidado de los animales en el laboratorio hospitalario, mi recomendación como celador es abordar esta responsabilidad con un profundo sentido de compasión y respeto por el bienestar de los animales. Primero y ante todo, debe estar al tanto de las regulaciones éticas y de bienestar animal vigentes, y cumplirlas rigurosamente en todo momento.

Colaborar estrechamente con el personal de investigación, siguiendo sus instrucciones cuidadosamente y comunicándose eficazmente para garantizar que las necesidades de los animales se cumplan de manera óptima. Debe ser meticuloso en la observación y el registro de la salud y el comportamiento de los animales, y esté atento a cualquier signo de malestar o estrés.

Finalmente, fomentar un ambiente de trabajo en el que el respeto y la ética en el trato hacia los animales sean fundamentales. Su compromiso con el bienestar de estos seres vivos es esencial para asegurar que la investigación científica se lleve a cabo de manera ética y responsable, contribuyendo al avance de la medicina y la ciencia de manera ética.

## 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 537

# EL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL DEL HOSPITAL

ASUNCIÓN CARMONA ARRASTIA

LAURA CORCUERA MARTIN

SANDRA RUIZ ORTEGA

ELENA EMILIA BOABES

MARIA JOSE MENA MUÑOZ

## 1 Introducción

La puerta principal de un hospital es más que una simple entrada física; es un símbolo de acceso a la atención médica y un punto de partida para la salud y la curación. Este acceso principal es a menudo el lugar donde pacientes, familiares y visitantes llegan al hospital en busca de atención, y su diseño y funcionamiento son de suma importancia.

La puerta principal debe ser acogedora y accesible para todos, incluyendo personas con discapacidades físicas. Debe contar con rampas, ascensores y pasillos amplios para garantizar que cualquiera pueda ingresar sin obstáculos.

Además, es común que la puerta principal esté cerca de la recepción y el área de admisión, donde el personal de atención al paciente puede brindar orientación y asistencia. Esto facilita la llegada de pacientes y visitantes al lugar correcto de manera rápida y eficiente.

Desde un punto de vista simbólico, la puerta principal también representa la bienvenida y el compromiso del hospital con la atención de calidad. Debe transmitir un ambiente tranquilo y profesional que inspire confianza en quienes entran. La señalización clara y la presencia de personal de seguridad contribuyen a esta sensación de seguridad y orientación.

La puerta principal de un hospital es un punto crucial de entrada que debe ser accesible, acogedor y bien señalizado. Su diseño y funcionamiento afectan directamente a la experiencia de pacientes, visitantes y personal, y juegan un papel importante en la percepción general del hospital como un lugar de cuidado y curación.

## 2 Objetivos

Describir las funciones del celador en la puerta principal del hospital.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

## 4 Resultados

El celador que trabaja en la puerta principal de un hospital desempeña un papel crucial en la primera impresión que los pacientes, visitantes y personal del hospital tienen de la institución. Sus funciones en este punto de acceso son variadas y esenciales para garantizar un ambiente acogedor y seguro. Aquí se describen algunas de las funciones del celador en la puerta principal:

Recepción y orientación: El celador da la bienvenida a los visitantes y pacientes que ingresan al hospital, ofreciendo una primera impresión amable y profesional. Proporciona orientación sobre la ubicación de las diferentes áreas, como las con-

sultas, las unidades de hospitalización y las salas de espera, para ayudar a las personas a encontrar su destino de manera eficiente.

Control de acceso: Garantiza que solo las personas autorizadas tengan acceso a ciertas áreas del hospital, como unidades de cuidados intensivos o salas de cirugía. Esto contribuye a la seguridad y privacidad de los pacientes.

Seguridad: Colabora con la seguridad del hospital al verificar las identificaciones de visitantes y contratistas, y al estar atento a situaciones sospechosas o comportamientos inusuales que puedan representar un riesgo.

Asistencia a personas con movilidad reducida: Ayuda a las personas con discapacidades o movilidad reducida a ingresar al hospital, proporcionando sillas de ruedas o asistencia en la movilización.

Información y preguntas: Responde preguntas generales de los visitantes y pacientes, brindando información básica sobre las políticas del hospital, horarios de visitas y servicios disponibles.

Manejo de situaciones de emergencia: En caso de situaciones de emergencia, como incendios o evacuaciones, el celador en la puerta principal debe estar preparado para actuar de acuerdo con los protocolos de seguridad y ayudar a guiar a las personas de manera segura.

Coordinación con otros departamentos: Colabora con otros departamentos del hospital, como seguridad, recepción y administración, para garantizar una operación fluida y segura de la puerta principal.

Respeto y empatía: Muestra una actitud comprensiva y empática hacia los pacientes y visitantes, reconociendo que pueden estar experimentando situaciones de estrés o preocupación. Esto contribuye a una experiencia más positiva en el hospital.

El celador en la puerta principal desempeña un papel esencial en la atención al paciente y la seguridad del hospital. Su actitud profesional, amable y su capacidad para brindar orientación y asistencia son fundamentales para crear una primera impresión positiva y garantizar un ambiente hospitalario acogedor y seguro.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para una buena distribución de los pacientes en la puerta principal del hospital es mantener la organización y la paciencia. Cuando llegan varios pacientes y visitantes, es importante mantener un flujo constante y evitar congestiones. Para lograrlo, sugiero:

Señalización clara: Asegurarse de que la señalización sea fácil de entender, con indicaciones claras hacia las áreas clave del hospital, como las consultas, las unidades de hospitalización y las salas de espera.

Personal de apoyo: En momentos de alta afluencia, tener personal adicional disponible para brindar orientación y asistencia puede ser de gran ayuda para agilizar el proceso.

Priorizar la seguridad: Siempre dar prioridad a la seguridad de los pacientes y visitantes. Esto significa evitar situaciones de hacinamiento que puedan dificultar la movilidad y mantener un ambiente ordenado y seguro.

Empatía y cortesía: Mantener una actitud amable y empática hacia las personas que llegan al hospital, reconociendo que pueden estar ansiosas o preocupadas. La cortesía y el respeto son clave para crear una experiencia positiva.

Comunicación efectiva: Comunicarse de manera clara y tranquila, brindando respuestas a las preguntas de los pacientes y visitantes, y manteniendo la calma en situaciones de estrés.

Al seguir estas recomendaciones, el celador contribuirá a garantizar un flujo eficiente y seguro de pacientes y visitantes en la puerta principal del hospital, creando un ambiente acogedor y profesional que refleje el compromiso de la institución con la atención de calidad.

## 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

# Capítulo 538

# FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE DE PLANTA A LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA (UVI)

ADRIÁN JOEL PORTILLO GARCÍA

## 1 Introducción

El traslado de un paciente desde una planta hospitalaria a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), también conocida como UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) o ICU por sus siglas en inglés, es un proceso crítico en el ámbito de la atención médica. Este traslado se realiza cuando un paciente presenta una condición médica que requiere una vigilancia y atención más intensiva debido a la gravedad de su enfermedad o lesión.

El objetivo principal de este traslado es proporcionar al paciente un nivel más alto de cuidados médicos y de enfermería, así como acceso a equipos y tecnología médica avanzada que no se encuentra en las áreas de planta general. Esto puede incluir ventiladores mecánicos, monitores cardíacos, terapia de soporte vital, entre otros recursos.

El proceso de traslado implica una planificación cuidadosa y coordinación entre el personal de la planta y la UCI. Durante el traslado, se busca mantener la estabilidad del paciente y minimizar cualquier riesgo de complicaciones o agravamiento de su condición. El equipo médico y de enfermería en la UCI asume la respons-

abilidad de la atención del paciente una vez que llega a la unidad, proporcionando un monitoreo constante y tratamientos especializados según sus necesidades.

El traslado de un paciente a la UCI desde una planta hospitalaria es un proceso crítico que busca proporcionar la atención médica intensiva y especializada necesaria para pacientes en condiciones graves. Implica una planificación meticulosa y una transición cuidadosa para asegurar la continuidad de la atención y la máxima seguridad del paciente.

## 2 Objetivos

Exponer el papel del celador en el traslado del paciente desde planta a la unidad de vigilancia intensiva.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

## 4 Resultados

El celador juega un papel fundamental en el traslado de pacientes desde una planta hospitalaria a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva). Su labor es crucial para garantizar que este proceso se realice de manera segura, eficiente y respetuosa con la dignidad del paciente. A continuación, se describen en detalle algunas de las funciones clave del celador en este contexto:

Preparación del paciente: Antes del traslado, el celador se asegura de que el paciente esté listo y cómodo. Puede ayudar al paciente a vestirse, preparar su historial clínico y asegurarse de que comprenda el proceso y se sienta tranquilo.

Coordinación y comunicación: El celador trabaja en estrecha colaboración con el

personal de enfermería y médico para coordinar el traslado. Comunica cualquier necesidad específica del paciente, como alergias o requerimientos especiales, para garantizar una atención personalizada.

Movilización segura: Ayuda al paciente a salir de la cama o silla y lo coloca en una camilla o silla de ruedas de traslado. Utiliza técnicas adecuadas de transferencia para evitar lesiones y asegura que el paciente esté correctamente sujeto durante el traslado.

Manejo de equipos médicos: Si es necesario, el celador desconecta o asegura los equipos médicos que estén siendo utilizados por el paciente, como infusiones intravenosas o monitores cardíacos, para que puedan ser transportados de manera segura.

Acompañamiento y apoyo: Durante el traslado, el celador acompaña al paciente, proporcionando apoyo físico y emocional. Puede responder a las preguntas del paciente y ofrecer palabras de aliento para reducir la ansiedad.

Seguridad: Se asegura de que se sigan los protocolos de seguridad en todo momento, incluyendo la identificación adecuada del paciente y la confirmación de su destino en la UCI.

Registro y documentación: Colabora en la documentación del traslado, registrando la hora de inicio y finalización, así como cualquier información relevante sobre la condición del paciente durante el proceso.

Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: Asegura que se mantenga la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, utilizando cortinas o mantas según sea necesario.

Comunicación post-traslado: Informa al personal de la UCI sobre la llegada del paciente y cualquier información relevante sobre su estado o necesidades especiales.

El celador desempeña un papel esencial en el traslado del paciente desde la planta a la UCI, garantizando su seguridad, comodidad y bienestar. Su coordinación, comunicación efectiva y cuidado en el manejo del paciente son fundamentales para una transición exitosa a un entorno de atención más intensiva.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el celador en el traslado del paciente desde la planta a la UVI es mantener una comunicación efectiva y constante con todo el equipo médico y de enfermería involucrado en el proceso. La información precisa sobre la condición del paciente, alergias, medicamentos y cualquier otro detalle relevante es esencial para garantizar una atención segura y personalizada en la UVI. Además, es importante mantener una actitud empática y tranquilizadora hacia el paciente, brindándole apoyo emocional durante el traslado para reducir la ansiedad.

La seguridad del paciente debe ser prioritaria en todo momento. Debe asegurarse de seguir los procedimientos de manejo y transferencia segura, evitando lesiones o complicaciones durante el traslado. Por último, la colaboración y el trabajo en equipo son clave, debe trabajar en estrecha coordinación con el personal de la UVI para una transición sin problemas y garantice que el paciente reciba una atención continua y de alta calidad.

## 6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibuarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 218.

## Capítulo 539

# FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL MANTENIMIENTO DE LA ELECTRICIDAD DE QUIRÓFANO

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

DAVID GARCÍA BERNAL

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

## 1 Introducción

La electricidad en un quirófano es de vital importancia para el funcionamiento seguro y eficiente de este entorno crítico en un hospital. La electricidad se utiliza para alimentar equipos médicos, iluminación especializada, sistemas de control de temperatura y otros dispositivos esenciales para la atención quirúrgica.

Para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico, los quirófanos deben contar con sistemas eléctricos diseñados y mantenidos de manera rigurosa. Estos sistemas suelen tener respaldo de energía, como generadores de emergencia, para evitar interrupciones durante las cirugías.

Los enchufes y tomas de corriente en un quirófano deben cumplir con estándares estrictos y estar diseñados para prevenir la desconexión accidental. También se

utilizan sistemas de puesta a tierra adecuados para evitar riesgos de descargas eléctricas.

La iluminación en un quirófano es crucial. Se utilizan luminarias especiales que proporcionan una luz brillante y sin sombras para que los cirujanos puedan trabajar con precisión. Además, se pueden incorporar sistemas de iluminación de respaldo en caso de fallos.

La regulación de la temperatura y la humedad en el quirófano también depende de sistemas eléctricos, como el control del aire acondicionado y la calefacción. Estos sistemas mantienen condiciones óptimas para la esterilidad y la comodidad del equipo quirúrgico.

La electricidad en un quirófano es esencial para el éxito de las cirugías y la seguridad de los pacientes. La planificación, instalación y mantenimiento adecuados de los sistemas eléctricos son críticos para garantizar un entorno quirúrgico eficiente y seguro en un hospital.

## 2 Objetivos

Describir las funciones del electricista en el mantenimiento de la electricidad del 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 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 esencial en las instalaciones de quirófano hospitalario, donde la electricidad es fundamental para el funcionamiento seguro y eficiente de este entorno crítico. Sus funciones son diversas y cruciales para

garantizar la integridad de los sistemas eléctricos en el quirófano. Aquí se describen algunas de sus principales responsabilidades:

Instalación y mantenimiento de sistemas eléctricos: El electricista se encarga de instalar y mantener todos los sistemas eléctricos en el quirófano, incluyendo la red eléctrica, sistemas de iluminación, tomas de corriente, enchufes y sistemas de puesta a tierra. Deben asegurarse de que todos estos componentes cumplan con las normas de seguridad y los estándares hospitalarios.

Respaldar sistemas de energía: Los quirófanos suelen estar equipados con generadores de emergencia para garantizar un suministro eléctrico ininterrumpido en caso de cortes de energía. El electricista debe mantener y probar regularmente estos generadores para garantizar su funcionamiento adecuado.

Iluminación especializada: Los quirófanos requieren iluminación especializada que proporciona una luz brillante y sin sombras. Los electricistas deben instalar y mantener estas luminarias para asegurar una iluminación óptima durante las cirugías.

Control de temperatura y humedad: Los sistemas de control de temperatura y humedad en el quirófano dependen de sistemas eléctricos. El electricista debe asegurarse de que estos sistemas funcionen correctamente para mantener condiciones óptimas de esterilidad y comodidad en el quirófano.

Sistemas de respaldo: Además de los generadores de emergencia, los quirófanos pueden contar con sistemas de respaldo para iluminación y tomas de corriente críticas. El electricista es responsable de mantener estos sistemas y garantizar que estén listos para su uso en caso de una falla eléctrica.

Cumplimiento normativo: Los quirófanos están sujetos a estrictas regulaciones y estándares de seguridad. El electricista debe asegurarse de que todas las instalaciones cumplan con estas regulaciones y participar en auditorías y inspecciones para garantizar el cumplimiento continuo.

El papel del electricista en las instalaciones de quirófano hospitalario es vital para garantizar la operación segura y eficiente de estos espacios críticos. Su experiencia en instalación, mantenimiento y cumplimiento normativo es esencial para garantizar que la electricidad en el quirófano funcione de manera confiable y segura, contribuyendo así a la atención médica de alta calidad y la seguridad de los pacientes.

## 5 Discusión-Conclusión

Un buen mantenimiento de la electricidad en un quirófano es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico. Mi principal recomendación como electricista es establecer un programa de mantenimiento preventivo regular y riguroso. Esto implica inspeccionar y mantener todos los componentes eléctricos, incluyendo las luminarias, tomas de corriente, sistemas de respaldo y sistemas de puesta a tierra, de manera periódica. La detección temprana de problemas eléctricos potenciales es crucial para evitar interrupciones durante las cirugías y riesgos para la seguridad.

Además, se deben seguir estrictamente todas las normativas y regulaciones de seguridad eléctrica hospitalaria. Esto incluye asegurarse de que todos los componentes eléctricos cumplan con los estándares y que se realicen pruebas de funcionamiento periódicas. La capacitación regular del personal del quirófano en cuanto a procedimientos de seguridad eléctrica también es esencial para mantener un ambiente seguro. Un mantenimiento adecuado y el cumplimiento de normativas son fundamentales para garantizar la confiabilidad del suministro eléctrico en un quirófano y proteger la vida de los pacientes y el personal médico.

## 6 Bibliografía

1. Heredia Marquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 540

# FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL CUADRO ELÉCTRICO DE LA PUERTA PRINCIPAL DEL HOSPITAL

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

DAVID GARCÍA BERNAL

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

## 1 Introducción

El cuadro eléctrico de la entrada principal de un hospital es un componente crítico de su infraestructura eléctrica. Este cuadro, también conocido como tablero eléctrico o panel de distribución, es el punto de partida donde la energía eléctrica ingresa al edificio y se distribuye a través de diferentes circuitos y sistemas dentro del hospital.

El cuadro eléctrico de la entrada principal generalmente se encuentra en un área designada de fácil acceso para los técnicos eléctricos. Su función principal es recibir la energía de la red eléctrica externa y distribuirla de manera segura y eficiente a través de subpaneles eléctricos secundarios que alimentan áreas específicas del hospital, como quirófanos, unidades de cuidados intensivos, áreas de pacientes y servicios de apoyo.

Este cuadro eléctrico suele contar con interruptores, disyuntores y fusibles para proteger contra sobrecargas y cortocircuitos. Además, puede incorporar sistemas de medición de energía para monitorear el consumo y garantizar la eficiencia energética. Además, es fundamental contar con sistemas de respaldo, como generadores de emergencia, para garantizar un suministro eléctrico ininterrumpido en situaciones críticas.
El mantenimiento regular y la inspección de este cuadro eléctrico son esenciales para garantizar su funcionamiento seguro y confiable. Los electricistas y técnicos especializados realizan inspecciones periódicas, pruebas de seguridad y reparaciones cuando sea necesario para garantizar que el cuadro eléctrico de la entrada principal del hospital funcione de manera óptima y cumpla con todas las regulaciones de seguridad eléctrica aplicables.
El cuadro eléctrico de la entrada principal del hospital es un componente vital de la infraestructura eléctrica que asegura un suministro de energía confiable y seguro para todas las operaciones hospitalarias. Su mantenimiento adecuado es fundamental para garantizar la atención médica continua y segura de los pacientes y el funcionamiento eficiente del hospital en general.

## 2 Objetivos

Conocer las funciones del electricista en relación con el cuadro eléctrico de la puerta principal.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 electricista en el cuadro eléctrico de la entrada principal del hospital son de suma importancia, ya que este cuadro es el punto de inicio y distribución de la energía eléctrica que abastece a todo el edificio. A continuación,

se describen las principales responsabilidades del electricista en relación con este componente crítico:
Instalación y montaje: El electricista es responsable de instalar y montar el cuadro eléctrico de la entrada principal de acuerdo con los planos y especificaciones eléctricas. Esto incluye la correcta disposición de los interruptores, disyuntores, fusibles y otros componentes, así como la conexión a la red eléctrica externa.
Mantenimiento preventivo: El cuadro eléctrico requiere un mantenimiento preventivo regular para garantizar su operación segura y eficiente. El electricista debe programar inspecciones periódicas para verificar la integridad de los componentes, apretar conexiones sueltas, identificar y reemplazar piezas desgastadas o dañadas, y asegurarse de que todos los dispositivos de protección estén funcionando correctamente.
Protección contra sobrecargas y cortocircuitos: El electricista debe asegurarse de que los interruptores y disyuntores en el cuadro estén correctamente calibrados para proteger contra sobrecargas eléctricas y cortocircuitos. Esto implica seleccionar y configurar adecuadamente estos dispositivos para evitar daños en el sistema eléctrico y garantizar la seguridad.
Mantenimiento de registros: Llevar registros detallados de todas las inspecciones, reparaciones y modificaciones en el cuadro eléctrico es fundamental. Esto proporciona un historial completo del mantenimiento realizado y facilita la planificación de futuras intervenciones.
Actualizaciones y mejoras: A medida que las necesidades eléctricas del hospital evolucionan, el electricista puede ser responsable de realizar actualizaciones y mejoras en el cuadro eléctrico. Esto podría incluir la instalación de dispositivos de protección avanzados, sistemas de medición de energía más precisos o la incorporación de tecnologías más eficientes.
Cumplimiento normativo: El electricista debe asegurarse de que el cuadro eléctrico cumpla con todas las normativas y regulaciones locales y nacionales de seguridad eléctrica. Esto implica mantenerse actualizado sobre los estándares aplicables y realizar modificaciones según sea necesario para cumplir con dichas normativas.

## 5 Discusión-Conclusión

El electricista desempeña un papel crucial en la instalación, mantenimiento y mejora del cuadro eléctrico de la entrada principal del hospital. Su experiencia y habilidades son fundamentales para garantizar la seguridad, la eficiencia y la confiabilidad del suministro eléctrico en un entorno tan crítico como un hospital.

# 6 Bibliografía

1. Heredia Marquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.

## Capítulo 541

# FUNCIONES DEL ELECTRICISTA EN EL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO ELÉCTRICO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL

VICENTE UBEDA FERNÁNDEZ

MARCELINO CLAVIJOS LECEGUI

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ NÚÑEZ

DAVID GARCÍA BERNAL

RUBÉN GARCÍA CLAVIJOS

## 1 Introducción

El equipo eléctrico de emergencia en un hospital es fundamental para garantizar la continuidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes en situaciones críticas, como cortes de energía o desastres naturales. Este equipo consta de varios componentes esenciales:

Generadores de emergencia: Los generadores son el núcleo del equipo eléctrico de emergencia en un hospital. Están diseñados para entrar en funcionamiento automáticamente en caso de un corte de energía eléctrica. Estos generadores pueden ser diésel o de otro tipo y proporcionan energía eléctrica para alimentar

equipos médicos esenciales, sistemas de iluminación, sistemas de climatización y otras funciones críticas.

Sistemas de transferencia automática: Los sistemas de transferencia automática (ATS, por sus siglas en inglés) detectan automáticamente la pérdida de suministro eléctrico y cambian la fuente de energía del suministro principal a los generadores de emergencia sin interrupciones, asegurando una transición suave y rápida.

Sistemas de respaldo de iluminación: Los sistemas de iluminación de emergencia proporcionan luz en áreas críticas como pasillos, escaleras y salas de cirugía en caso de cortes de energía. Estas luminarias suelen estar equipadas con baterías que se cargan mientras la alimentación principal está activa y se encienden automáticamente en una emergencia.

Sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI): Los SAI, también conocidos como UPS por sus siglas en inglés, ofrecen una alimentación eléctrica temporal a equipos sensibles a fallos, como computadoras y monitores médicos, mientras el generador de emergencia se pone en marcha.

Sistema de monitoreo y mantenimiento: Un sistema de monitoreo continuo supervisa el estado de los generadores, las baterías de respaldo y otros componentes del equipo eléctrico de emergencia. Esto permite identificar y resolver problemas antes de que se conviertan en emergencias reales.

El equipo eléctrico de emergencia en un hospital es esencial para garantizar que la atención médica continúe sin problemas durante situaciones críticas. Un mantenimiento regular y pruebas de estos sistemas son vitales para asegurar que estén en óptimas condiciones para su uso en caso de emergencia, garantizando así la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal médico.

## 2 Objetivos

Describir las funciones del electricista en el mantenimiento del equipo eléctrico de emergencia del hospital.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

## 4 Resultados

Las funciones del electricista en el mantenimiento del equipo eléctrico de emergencia en un hospital son cruciales para garantizar que estos sistemas estén en óptimas condiciones de funcionamiento durante situaciones críticas. Aquí se describen sus principales responsabilidades:

Inspección regular: El electricista realiza inspecciones periódicas de todos los componentes del equipo eléctrico de emergencia, incluyendo generadores, sistemas de transferencia automática, sistemas de iluminación de emergencia y sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI). Estas inspecciones incluyen verificar conexiones eléctricas, componentes mecánicos y sistemas de refrigeración.

Pruebas funcionales: Se realizan pruebas funcionales programadas en generadores y sistemas de transferencia automática para asegurarse de que funcionen correctamente en caso de una interrupción de energía. Esto implica simular un corte de energía para garantizar una transición sin problemas al suministro de emergencia.

Mantenimiento preventivo: Los electricistas llevan a cabo un mantenimiento preventivo regular, que puede incluir cambios de aceite y filtros en generadores diésel, limpieza de contactos eléctricos y ajustes de componentes mecánicos. Esto asegura la confiabilidad y la durabilidad de los equipos.

Pruebas de carga: Los generadores se someten a pruebas de carga para verificar su capacidad de suministrar energía durante períodos prolongados. Esto es esencial para garantizar que puedan mantener la operación de equipos médicos críticos durante situaciones de emergencia.

Reemplazo de componentes desgastados: El electricista es responsable de identi-

ficar y reemplazar piezas y componentes que estén desgastados o que no cumplan con los estándares de seguridad y funcionamiento.

Registro y documentación: Mantener registros detallados de todas las inspecciones, pruebas y mantenimiento realizado en el equipo eléctrico de emergencia es fundamental. Estos registros ayudan a programar futuras intervenciones y garantizan el cumplimiento normativo.

Capacitación del personal: Brindar capacitación al personal del hospital sobre cómo responder adecuadamente en situaciones de emergencia eléctrica y cómo operar el equipo de emergencia en caso de ser necesario.

Cumplimiento normativo: Asegurarse de que todos los sistemas cumplan con las regulaciones y normativas de seguridad eléctrica y realizar actualizaciones o modificaciones según sea necesario para mantener el cumplimiento.

El mantenimiento adecuado del equipo eléctrico de emergencia en un hospital es esencial para garantizar que los sistemas estén listos para funcionar en situaciones críticas. El electricista desempeña un papel vital al realizar inspecciones regulares, pruebas funcionales y mantenimiento preventivo, contribuyendo a la seguridad y la continuidad de la atención médica en el hospital.

## 5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen mantenimiento del cuadro eléctrico de emergencias hospitalaria, es esencial seguir estas recomendaciones. En primer lugar, establezca un programa de mantenimiento preventivo regular. Realice inspecciones periódicas para verificar conexiones, componentes y sistemas de conmutación automáticos. Esto ayudará a detectar posibles problemas antes de que se conviertan en emergencias reales.

Además, asegúrese de que el personal de mantenimiento esté capacitado adecuadamente para realizar inspecciones y pruebas de forma segura. Mantenga registros detallados de todas las actividades de mantenimiento, incluyendo fechas, resultados y acciones correctivas. Finalmente, asegúrese de cumplir con todas las regulaciones y normativas locales y nacionales relacionadas con el equipo eléctrico de emergencia del hospital. Un mantenimiento adecuado es esencial para garantizar que el cuadro eléctrico de emergencias esté en condiciones óptimas para su funcionamiento durante situaciones críticas, salvaguardando así la seguridad y la continuidad de la atención médica en el hospital.

# 6 Bibliografía

1. Heredia Márquez, W. M. (2020). Efecto de la implementación de un proceso de trigeneración sobre el consumo de energía primaria en un hospital.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.scielo.org/es/.

## Capítulo 542

# CELADOR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PRÓTESIS DE CADERA

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

## 1 Introducción

La intervención quirúrgica de prótesis de cadera, conocida como artroplastia de cadera, es un procedimiento médico diseñado para aliviar el dolor y mejorar la movilidad en pacientes con afecciones graves de la cadera, como la osteoartritis. Esta cirugía implica la reemplazo de la articulación de la cadera dañada por una prótesis artificial.

El procedimiento generalmente se realiza bajo anestesia general o epidural. El cirujano hace una incisión en la cadera para acceder a la articulación y luego elimina las partes dañadas del hueso de la cadera, incluyendo el fémur y el acetábulo (la cavidad de la cadera). Luego, se inserta la prótesis, que puede ser de metal, cerámica o plástico, en su lugar. La prótesis es diseñada para replicar la función de una cadera natural y restaurar la movilidad y la estabilidad de la articulación.

Tras la cirugía, los pacientes suelen requerir rehabilitación física para fortalecer los músculos circundantes y recuperar la movilidad. La recuperación total puede llevar varias semanas o meses, y el objetivo es que el paciente recupere una vida activa y libre de dolor.

La intervención de prótesis de cadera es un procedimiento exitoso que ha mejorado la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo, permitiéndoles volver a realizar actividades cotidianas con comodidad y sin restricciones significativas. Sin embargo, como cualquier cirugía, conlleva riesgos y requerirá la atención y seguimiento adecuados por parte de un equipo médico especializado.

## 2 Objetivos

Describir el papel y funciones del celador en la intervención quirúrgica de prótesis de cadera.

## 3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 presencia y el rol del celador en una intervención quirúrgica de prótesis de cadera son fundamentales para garantizar la seguridad y la eficacia del procedimiento, así como para proporcionar apoyo logístico y emocional tanto al paciente como al equipo médico. A continuación, se describen las funciones clave del celador en esta cirugía especializada:

Preparación prequirúrgica: Antes de la cirugía, el celador se encarga de preparar la sala de operaciones. Esto incluye verificar que todos los equipos, instrumentos y suministros necesarios estén en su lugar y en condiciones óptimas. Además, se

asegura de que la sala esté limpia y esterilizada de acuerdo con los protocolos de control de infecciones.

Recepción del paciente: El celador juega un papel vital en recibir al paciente antes de la cirugía. Ayuda a trasladarlo desde la sala de espera o la habitación de preparación a la sala de operaciones, brindando apoyo emocional y respondiendo a sus preguntas o preocupaciones para calmar su ansiedad.

Asistencia durante la cirugía: Durante la intervención, el celador ayuda a movilizar al paciente de manera segura en la mesa de operaciones. También puede estar involucrado en la logística de la sala de operaciones, asegurando que se cumplan las medidas de asepsia y ayudando al equipo quirúrgico en la obtención de instrumentos o equipos adicionales según sea necesario.

Seguridad del paciente: El celador está atento a la seguridad del paciente en todo momento. Esto incluye garantizar que el paciente esté adecuadamente posicionado en la mesa de operaciones, con los dispositivos de apoyo adecuados para prevenir caídas o lesiones durante la cirugía.

Coordinación con el equipo médico: Trabaja en estrecha colaboración con el personal médico, las enfermeras y los cirujanos para garantizar un flujo de trabajo eficiente y la comunicación efectiva durante la cirugía. Esto puede incluir la entrega de instrumentos o suministros según las indicaciones del cirujano.

Traslado postquirúrgico: Después de la cirugía, el celador traslada al paciente con cuidado a la sala de recuperación o a su habitación de hospitalización. Brinda apoyo en la movilización del paciente, asegurando su comodidad durante este proceso.

El celador en una intervención quirúrgica de prótesis de cadera desempeña un papel esencial en la preparación, la seguridad y la logística de la cirugía. Su presencia y apoyo son vitales para garantizar una atención quirúrgica exitosa y una experiencia positiva para el paciente. Además, su apoyo emocional ayuda a reducir la ansiedad del paciente durante un momento potencialmente estresante.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial del celador para brindar un buen tratamiento al paciente operado de cadera es mostrar empatía y comprensión en todo momento. Este período postoperatorio puede ser desafiante para el paciente, ya que se en-

cuentra en proceso de recuperación y puede experimentar dolor e incomodidad. Escuchar sus preocupaciones y necesidades, y ofrecer apoyo emocional, marcará una gran diferencia en su bienestar.

Además, es importante que el celador colabore con el equipo médico para garantizar que el paciente siga las indicaciones médicas, como la terapia física y la movilización segura. Fomentar una comunicación efectiva entre el paciente y el personal de salud es clave para una recuperación exitosa. La seguridad y el confort del paciente son prioritarios, y el celador desempeña un papel crucial al garantizar que se cumplan estas necesidades y que el paciente se sienta respaldado en su camino hacia la recuperación.

## 6 Bibliografía

Una recomendación esencial del celador para brindar un buen tratamiento al paciente operado de cadera es mostrar empatía y comprensión en todo momento. Este período postoperatorio puede ser desafiante para el paciente, ya que se encuentra en proceso de recuperación y puede experimentar dolor e incomodidad. Escuchar sus preocupaciones y necesidades, y ofrecer apoyo emocional, marcará una gran diferencia en su bienestar.

Además, es importante que el celador colabore con el equipo médico para garantizar que el paciente siga las indicaciones médicas, como la terapia física y la movilización segura. Fomentar una comunicación efectiva entre el paciente y el personal de salud es clave para una recuperación exitosa. La seguridad y el confort del paciente son prioritarios, y el celador desempeña un papel crucial al garantizar que se cumplan estas necesidades y que el paciente se sienta respaldado en su camino hacia la recuperación.

## Capítulo 543

# EL CELADOR INTERVIENE EN LA PATOLOGÍA DE HEMIPARESIA

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

## 1 Introducción

La hemiparesia es una patología que se caracteriza por la debilidad o la parálisis parcial de un lado del cuerpo, generalmente afectando tanto el brazo como la pierna del mismo lado. Esta condición suele ser el resultado de una lesión o daño en el sistema nervioso central, particularmente en el cerebro, la médula espinal o las conexiones entre ambos.

Las causas más comunes de hemiparesia incluyen:

Accidentes cerebrovasculares: Los accidentes cerebrovasculares, tanto isquémicos (por obstrucción de un vaso sanguíneo) como hemorrágicos (por sangrado en el cerebro), son una causa principal de hemiparesia. La interrupción del flujo sanguíneo al cerebro daña las áreas responsables del control motor.

Lesiones cerebrales traumáticas: Un traumatismo craneoencefálico grave, como

los causados por accidentes automovilísticos o caídas, puede provocar daño cerebral y hemiparesia.

Tumores cerebrales: Los tumores que comprimen o invaden áreas cerebrales pueden causar debilidad en un lado del cuerpo.

Enfermedades neurológicas: Algunas enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple o la parálisis cerebral, pueden llevar a la hemiparesia como síntoma.

El tratamiento de la hemiparesia se enfoca en la rehabilitación, con el objetivo de mejorar la función y la calidad de vida del paciente. Esto puede incluir terapia física, ocupacional y del habla, así como medicamentos para controlar síntomas como el dolor o los espasmos musculares. En algunos casos, se pueden utilizar dispositivos de asistencia, como ortesis o sillas de ruedas, para mejorar la movilidad.

La hemiparesia puede tener un impacto significativo en la vida diaria de quienes la padecen, pero con el tratamiento adecuado y el apoyo de profesionales de la salud, muchas personas logran recuperar parte de su función motora y adaptarse a su nueva situación. El enfoque principal es ayudar al paciente a maximizar su independencia y calidad de vida.

## 2 Objetivos

Describir el papel del celador en la atención al paciente con hemiparesia.

## 3 Metodología

Para 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

La labor del celador en la atención a pacientes con hemiparesia es de suma importancia para garantizar su comodidad, seguridad y bienestar durante su estancia en el hospital o centro de atención médica. La hemiparesia, que implica debilidad o parálisis en un lado del cuerpo, a menudo requiere cuidados y asistencia adicionales debido a la limitación de la movilidad y las necesidades específicas del paciente. A continuación, se describen las funciones clave del celador en la atención a pacientes con hemiparesia:

Asistencia en la movilización: Los pacientes con hemiparesia pueden tener dificultades para moverse o cambiar de posición en la cama. El celador ayuda en la movilización del paciente, utilizando técnicas adecuadas para evitar lesiones y garantizar que el paciente esté cómodo.

Seguridad del paciente: La seguridad es una preocupación primordial. El celador está atento a la prevención de caídas y al posicionamiento adecuado del paciente en la cama o la silla de ruedas. También colabora en la identificación de posibles riesgos, como objetos en el camino del paciente.

Apoyo emocional: La hemiparesia puede ser emocionalmente desafiante para el paciente. El celador brinda apoyo emocional al escuchar las preocupaciones y necesidades del paciente, mostrando empatía y asegurando un ambiente amigable y compasivo.

Ayuda en actividades básicas: Los pacientes con hemiparesia pueden requerir asistencia en actividades diarias, como levantarse de la cama, vestirse o comer. El celador proporciona esta ayuda con respeto y dignidad, fomentando la independencia siempre que sea posible.

Comunicación con el personal de salud: El celador colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente. Esto incluye informar sobre cualquier cambio en el estado del paciente y colaborar en la ejecución de planes de atención específicos.

Mantenimiento del entorno: El celador contribuye a mantener limpias y ordenadas las áreas del paciente, lo que es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar general.

La atención a pacientes con hemiparesia requiere un enfoque compasivo y personalizado, y el celador desempeña un papel esencial en proporcionar esta aten-

ción de calidad. Su presencia y apoyo son vitales para asegurar que el paciente reciba los cuidados necesarios y pueda avanzar hacia su recuperación y rehabilitación de manera efectiva.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave del celador para brindar un buen tratamiento a pacientes con hemiparesia es ser compasivo y respetuoso en todo momento. La hemiparesia puede ser una condición desafiante y emocionalmente difícil para los pacientes, ya que afecta su movilidad y calidad de vida. Escuchar sus preocupaciones, mostrar empatía y proporcionar apoyo emocional son gestos esenciales que pueden marcar una gran diferencia en su bienestar.

Además, es fundamental que el celador colabore de manera efectiva con el equipo de atención médica, comunicando cualquier cambio en el estado del paciente y siguiendo las indicaciones de cuidado específicas. Fomentar la independencia siempre que sea posible y brindar asistencia en actividades diarias con respeto y dignidad son aspectos esenciales de una atención de calidad. En resumen, un enfoque centrado en el paciente, con compasión y colaboración, contribuirá significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes con hemiparesia.

## 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 544

# EL CELADOR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

SANDRA MARTIN-ARAGON GONZALEZ

ROCIO PULIDO LOPEZ

DANIEL BENEYTEZ MARTÍN

JOSE LUIS DE PAZ GONZALEZ

ANA MARÍA TESTILLANO VELASCO

## 1 Introducción

La colecistectomía laparoscópica es una intervención quirúrgica que se utiliza para extirpar la vesícula biliar, un órgano ubicado debajo del hígado. Esta cirugía se realiza para tratar problemas relacionados con la vesícula biliar, como cálculos biliares, inflamación aguda o crónica, o complicaciones asociadas.

El procedimiento de colecistectomía laparoscópica implica el uso de pequeñas incisiones en el abdomen, a través de las cuales se introducen instrumentos quirúrgicos y una cámara de video especializada. Estos instrumentos permiten al cirujano visualizar el área y extirpar la vesícula biliar de manera precisa y menos invasiva que la cirugía abdominal tradicional.

Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica incluyen una recuperación más rápida, menos dolor postoperatorio y una estancia hospitalaria más corta en comparación con la cirugía abierta. Además, las cicatrices son pequeñas y menos visibles.

El paciente generalmente se somete a anestesia general para esta cirugía y puede volver a sus actividades normales después de un período de recuperación, que varía según cada caso. El procedimiento es considerado seguro y efectivo para tratar enfermedades de la vesícula biliar.

Es importante destacar que la colecistectomía laparoscópica debe ser realizada por un cirujano experimentado y bajo la supervisión de un equipo médico especializado. El paciente debe discutir en detalle los riesgos y beneficios de esta cirugía con su médico antes de tomar una decisión informada sobre su tratamiento.

## 2 Objetivos

Describir el papel del celador en la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica.

## 3 Metodología

Para 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

La labor del celador en una intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica es crucial para asegurar un flujo de trabajo eficiente, la seguridad del paciente y la comodidad del equipo quirúrgico. A pesar de que esta cirugía es menos invasiva que la cirugía abierta, la presencia del celador es esencial para

mantener un entorno controlado y facilitar la atención médica adecuada. A continuación, se describen las funciones clave del celador en esta cirugía:

Preparación prequirúrgica: El celador juega un papel vital en la preparación de la sala de operaciones antes de la colecistectomía laparoscópica. Esto incluye verificar que todos los instrumentos quirúrgicos estén en su lugar y funcionando correctamente, y que la sala esté esterilizada según los protocolos de control de infecciones.

Recepción del paciente: El celador puede ayudar en el traslado del paciente desde la sala de preparación hasta la sala de operaciones, brindando apoyo emocional y asegurando que el paciente esté cómodo y tranquilo antes del procedimiento.

Asistencia durante la cirugía: Durante la cirugía, el celador puede desempeñar un papel en la logística de la sala de operaciones. Ayuda a mantener el equipo quirúrgico y los instrumentos organizados y accesibles para el cirujano. También puede estar involucrado en la gestión de los desechos médicos de manera segura.

Seguridad del paciente: El celador está atento a la seguridad del paciente en todo momento. Esto incluye garantizar que el paciente esté adecuadamente posicionado en la mesa de operaciones, con los dispositivos de apoyo adecuados para prevenir caídas o lesiones durante la cirugía.

Comunicación con el equipo médico: Trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una comunicación efectiva durante la cirugía. Esto puede incluir la entrega de instrumentos o suministros según las indicaciones del cirujano.

Mantenimiento del entorno quirúrgico: Contribuye a mantener limpias y ordenadas las áreas quirúrgicas, lo que es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar general del paciente.

El celador desempeña un papel esencial en garantizar que la colecistectomía laparoscópica se realice con éxito y en condiciones seguras. Su presencia y apoyo son vitales para mantener un ambiente controlado y asegurar que las necesidades del paciente y del equipo médico se aborden de manera adecuada durante todo el procedimiento quirúrgico.

## 5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental del celador para brindar un buen tratamiento al paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica es mostrar compasión y atención constante. Durante el período postoperatorio, el paciente puede sentir dolor y malestar, por lo que es esencial mantener un enfoque empático y tranquilizador. Escuchar sus preocupaciones, responder a sus preguntas y brindar apoyo emocional son acciones que contribuyen significativamente a su recuperación.

Además, es importante que el celador colabore estrechamente con el personal de enfermería y médico para garantizar que las necesidades del paciente se satisfagan de manera adecuada. Esto incluye la administración de medicamentos según las indicaciones médicas, la monitorización de signos vitales y la ayuda en actividades básicas como levantarse de la cama o caminar. La seguridad y el bienestar del paciente son prioritarios, y el celador juega un papel vital en garantizar que reciba una atención de calidad mientras se recupera de la cirugía.

## 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 545

# PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EXPONEN UNA REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT

DIVIS MAYLEN AMAYA MORALES

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

CLAUDIA GARCÍA GARCÍA

NATALIA RODRIGUEZ GARCIA

ATENEA PALOMARES GARCÍA

## 1 Introducción

Debido a los tiempos en los que vivimos, en los que la falta de tiempo en muchas ocasiones y la falta de paciencia y empatía en otras tantas se dan la mano generando un estrés cada vez mas apreciable en una gran parte de la sociedad y en especial en ciertos puesto de trabajos a los que demandan gran cantidad de información que en numerosas veces no pueden ser satisfechas generando una serie de conflictos en las relaciones tanto personales como laborales.
Cuando estos conflictos y junto con sus consecuencias se trasladan al ámbito del trabajo se genera un Síndrome llamado Burnout.
Una manera sencilla y rápida de poder explicar que es el Síndrome de Burnout es el efecto que produce en nuestro cuerpo ciertas cantidades de estrés ocasionadas

a largo de un determinado tiempo y de manera continuada, llegando a poder producir daños tanto mentales como físicos en la salud de los trabajadores quien los sufra.
Así podemos reseñar que aquellos puestos y trabajadores mas expuestos a este síndrome son aquellos que realizan principalmente su actividad de cara al publico con lo que ello conlleva respecto a demanda de atención y servicios al público con las consecuencias de desgaste psicológico y emocional que pueden llegar a producir.
Si todo lo anteriormente se llega a producir en numerosas ocasiones generara una serie de efectos negativos con el consecuente desgaste en la salud y estado de animo en los profesionales que estén desarrollando estos puestos, así mismo afectara de manera negativa en su entorno tanto laboral como personal.
Algunos de los efectos que podrán sufrir los trabajadores en el ámbito de la salud con este síndrome son:
-Desgana y falta de atención a los pacientes, enfermos y usuarios de los servicios de salud.
-Falta de productividad.
-Ausentismo laboral junto con posibles periodos de baja.
-Mala relaciones con compañeros dentro del ámbito laboral.
Tras todo lo anteriormente mencionado no podemos dejar pasar por alto los numerosos problemas que generan este síndrome dentro del ámbito profesional y sobre todo en aquellos profesionales que lo sufren en su día a día y por el cual no pueden desarrollar su actividad profesional de manera correcta.

## 2 Objetivos

- Identificar los signos que presenta una persona que pueda padecer el síndrome de Burnout, destacando la importancia de detectarlo a tiempo

## 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 síntomas que pueden aparecer como detonantes de esta enfermedad son:
- Agotamiento físico y metal generalizado, señales de esto puede ser el aumento de peso o la falta de apetito, dolores crónicos como la migraña o dolores musculares, como señales del agotamiento mental puede aparecer ansiedad, insomnio, depresión o estrés.
- Cambio en el comportamiento: la actitud del trabajador se vuelve indiferente hacia todo y no muestra ningún tipo de interés en sus tareas, además puede volverse irascible y el trato con este trabajador puede volverse complicado.

Como consecuencia de los anteriores síntomas que puede presentar el trabajador se produce un descenso en la productividad y una desmotivación total hacia sus tareas diarias.

Este síndrome debe de hacerse frente de la forma más precoz posible, teniendo en cuenta que pueden existir situaciones personales que aceleren o agraven este síntoma.

No solo se ve afectada la productividad, que en sanidad es algo muy importante, vital, también hay que mantener motivado al personal. Si bien la mayoría de puestos no permiten un ascenso o una mejora laboral, la motivación puede mantenerse activa en todo momento, la atención al paciente debe de ser su motivación personal para trabajar y hacerlo de forma correcta.

El absentismo laboral que puede producir este tipo de enfermedades es de gran preocupación, ya que no siempre se busca un sustituto y por ello hay que pensar también en los trabajadores que forman parte del equipo de trabajo de la persona afectada y que van a tener una sobrecarga laboral. Este tipo de situaciones, tan habituales hoy en día, producen malestar en los trabajadores y con ello un aumento en el estrés que sufren diariamente en el puesto de trabajo, siendo al final posibles víctimas del síndrome de Burnout.

## 5 Discusión-Conclusión

La conclusión de este trabajo se basa en la detección precoz de esta enfermedad, ya que si se ponen los medios adecuados para hacerle frente a tiempo, las consecuencias para la salud del trabajador disminuyen. La existencia de planes de prevención de riesgos laborales es fundamental en estos casos, además el apoyo entre compañeros de trabajo evita sobrecargas de trabajo. No siempre se encuentra igual anímicamente y por eso es importante conocer los límites de cada trabajador en cada momento, sin llegar a sobrepasarlo para evitar situaciones que

no pueda controlar o que le causen ansiedad o un estrés excesivo.

## 6 Bibliografía

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

## Capítulo 546

# EL PROFESIONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MARIA TERESA ZAZO VÁZQUEZ

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

## 1 Introducción

La historia clínica es el documento donde se incluyen todos los datos relacionados con la salud de un paciente, recogidos a lo largo del tiempo. Es un documento público y a la vez íntimo, ya que en él figura información privada e íntima de cada paciente. En cuanto al manejo de las historias clínicas, cuando cuya labor competa al personal no sanitario, se debe recordar la obligación de guardar el secreto de toda la información a la que se tenga acceso.

El Artículo 61 de la Ley General de Sanidad establece que en cada área de salud, la información relativa a cada paciente, debe estar totalmente integrada, por lo que se debe mantener el principio de historia clínica única por cada paciente. Esta información, estará a disposición de los usuarios y facultativos que estén implicados directamente en el tratamiento de dicho paciente y para fines científicos de forma excepcional. Debe quedar garantizado el derecho del paciente a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto de toda la información por quien tenga acceso a la historia clínica.

Por tanto, se puede decir que la historia clínica se constituye por el conjunto de documentos escritos y/o gráficos que se realizan durante los episodios de salud y enfermedad de un paciente y a los servicios y atenciones que le hayan sido

prestadas a lo largo del tiempo. La historia clínica puede ser consultada entre los diferentes sanitarios que intervienen en la asistencia, o para otros miembros sanitarios que puedan prestar asistencia al paciente en otro lugar o tiempo.

## 2 Objetivos

- Explicar las funciones y aspectos fundamentales a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en la gestión de la historia clínica.

## 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 desempeña un papel clave en la gestión de la historia clínica en un entorno médico. Sus funciones abarcan diversas tareas que contribuyen a mantener registros precisos, confidenciales y actualizados de la información médica de los pacientes. Algunas de las funciones específicas del auxiliar administrativo en la gestión de la historia clínica incluyen:

- Recepción de Información: Recopilar la información proporcionada por los pacientes y el personal médico para completar y actualizar los registros de la historia clínica.
- Registro y Actualización: Ingresar datos relevantes en los sistemas electrónicos de registros médicos (EMR) o en formatos en papel, manteniendo la información actualizada y precisa.
- Organización: Clasificar y organizar los documentos y formularios necesarios para cada paciente, asegurando que estén en orden y accesibles cuando se requieran.
- Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información médica, siguiendo las regulaciones de privacidad y seguridad establecidas, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

- Verificación de Datos: Asegurarse de que los datos ingresados sean correctos y coherentes, realizando verificaciones y correcciones según sea necesario.
- Consentimientos Informados: Asistir en la gestión y archivo de consentimientos informados y otros formularios legales necesarios para procedimientos médicos y tratamientos.
- Colaboración con el Equipo Médico: Trabajar en estrecha colaboración con los médicos y el personal de salud para garantizar que los registros reflejen con precisión el historial médico y las evaluaciones clínicas.
- Archivo y Almacenamiento: Garantizar que los registros de la historia clínica se archiven adecuadamente y se almacenen según los plazos y requisitos legales.
- Búsqueda de Información: Localizar y recuperar rápidamente registros de pacientes cuando sean necesarios para consultas médicas o auditorías.
- Gestión de Citas y Seguimiento: Colaborar en la programación de citas médicas y recordatorios de seguimiento, utilizando la información de la historia clínica para planificar la atención.
- Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que se cumplan todas las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de la historia clínica.
- Comunicación: Colaborar en la comunicación interna y externa relacionada con los registros médicos, asegurando que la información se comparta con el personal médico autorizado y las partes pertinentes.

## 5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la historia clínica por parte del auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la eficiencia y la calidad de la atención médica. La historia clínica es un registro detallado de la salud y el tratamiento de cada paciente, y su correcta administración es fundamental para garantizar una atención integral y segura. A través de sus funciones, el auxiliar administrativo contribuye a mantener registros precisos, confidenciales y actualizados, lo que beneficia tanto a los pacientes como al equipo médico.

La confidencialidad y la precisión son principios fundamentales en la gestión de la historia clínica, y el auxiliar administrativo juega un rol crucial en asegurar que la información se maneje de manera adecuada y cumpla con las regulaciones de privacidad establecidas. La colaboración con el equipo médico y la comunicación eficiente son elementos clave para garantizar que los registros estén disponibles cuando se necesiten y que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno.

# 6 Bibliografía

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